UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU"

CATEDRA MEDICINĂ MILITARĂ ȘI EXTREMALĂ

Vasile DUMITRAȘ, Ion DEDIU, Nicon CÂRSTEA

MANAGEMENTUL SANITAR ÎN CAMPANIE



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIŢANU

CATEDRA MEDICINĂ MILITARĂ ŞI EXTREMALĂ

Vasile DUMITRAŞ, Ion DEDIU, Nicon CÂRSTEA

MANAGEMENTUL SANITAR ÎN CAMPANIE

Chişinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2009

CZU 614.2:005
D 90

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF Nicolae Testemiţanu, proces-verbal nr. 5 din 21.05.2009

Autori: *Vasile Dumitraş,* dr. med., conferenţiar universitar, colonel-medic (r)
Ion Dediu, conferenţiar universitar, colonel-medic (r)
Nicon Cârstea, asistent universitar, colonel-medic (r)

Recenzenţi: *Sergiu Vasiliţa,* Şef Spitalul Clinic Militar Central – medic-şef al Ministerului Apărării, colonel-medic
Vadim Chicu, Şef secţie medico-militară a Marelui Stat Major, Şeful Serviciului medical al Armatei Naţionale, colonel-medic

În manual sunt reflectate problemele teoretice şi practice ce ţin de organizarea şi efectuarea asigurării medicale la trupe în campanie.

Manualul este destinat studenţilor şi rezidenţilor USMF „Nicolae Testemiţanu", precum şi medicilor militari ai Forţelor Armate ale Republicii Moldova.

Redactor: *Lidia Serghienco-Ciobanu*
Machetare computerizată: *Renata Raţa*
Corectori: *Tatiana Colin*

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii

Dumitraş, Vasile
Managementul sanitar în campanie / Vasile Dumitraş, Ion Dediu, Nicon Cârstea. – Ch. : S. n., 2010 (F.E.-P. "Tipogr. Centrală"). – 256 p.
100 ex.
ISBN 978-9975-78-801-4.

614.2:005

ISBN 978-9975-78-801-4.

CUPRINS

Capitolul I.
DATE SELECTIVE DIN ISTORIA MEDICINEI MILITARE

Meseria de medic militar poate părea neprivilegiată în plan economic. Însă, pe lângă umanismul meseriei de medic, ea include şi înaltul ideal de dragoste de Patrie, dorinţa de a o apăra. Ea, de asemenea, include ferma hotărâre de a depune toată străduinţa pentru a salva ce este mai scump pentru Ţară, viaţa cetăţenilor ei şi pătura cea mai scumpă – tineretul, care o apără cu arma în mână. Aş vrea, în acest context, să aduc ca exemplu cuvintele lui Napoleon adresate medicului-şef al armatei sale – generalului J. Larrey (1766–1842): „Generalul meu, spada Dumneavoastră cu toate că nu străluceşte, fiind scoasă din teacă pe câmpul de luptă, eu o preţuiesc mai mult decât cele ale altor generali ai mei. Spadele Domniilor lor au un singur inamic – trupele adversarului. Lupta Dumneavoastră cu puterile naturii şi cu microbii patogeni este multilaterală. Pentru a obţine biruinţa generalilor mei le sunt necesari luptători sănătoşi şi duri. Toţi ei sunt protejaţi de spada Dumneavoastră, care nu a fost scoasă din teacă pe câmpul de luptă niciodată."

Medicina militară, noţiune, disciplinele, obiectivele şi metodele de studiu

Medicina militară este o ramură a medicinei ce prezintă sistemul de cunoştinţe teoretice şi sfera activităţii practice, orientată spre păstrarea şi consolidarea sănătăţii efectivului Forţelor Armate, prevenirea îmbolnăvirilor şi leziunilor de luptă ale militarilor, tratamentul efectiv al răniţilor şi bolnavilor.

Ea include trei părţi componente, care interacţionează între ele: ştiinţa medico-militară, organizarea medico-militară şi practica medico-militară, ce prezintă baza ştiinţifică şi organizatorico-metodică a ocrotirii sănătăţii efectivelor trupelor. Termenul „ocrotirea sănătăţii" este înlocuit în cazul Forţelor Armate în condiţii de campanie cu termenul „asigurarea medicală", care include următoarele complexe de măsuri (activităţi):

- de tratament şi evacuare;
- sanitaro-igienice şi antiepidemice;
- de protecţie împotriva efectelor armelor de nimicire în masă;
- de aprovizionare cu materiale medicale (sanitaro-farmaceutice, tehnică şi utilaj medical);
- de conducere (dirijare) a forţelor şi mijloacelor serviciului medical.

Termenul „administrarea serviciului medical" include tot spectrul de activitate medicală atât la trupe, cât şi în instituţiile medicale şi în organele de conducere (dirijare) medicală. Medicina militară în cadrul Forţelor Armate realizează în practică începutul uman al medicinei, care contribuie la realizarea misiunii principale a Forţelor Armate – apărarea, păstrarea integrităţii şi suveranităţii statului.

Medicina militară se află la intersecția științei „medicina" și „domeniul militar" și se dezvoltă sub acțiunea determinată, pe de o parte, de știința și practica medicală, cât și de știința și practica în domeniul militar, pe de altă parte.

Realizările în domeniul militar, medicinei au necesitat diferențierea medicinei militare. Din componența ei s-au separat și au devenit discipline de sine stătătoare: organizarea și tactica serviciului medical (managementul sanitar), chirurgia de campanie, terapia de campanie, igiena militară, epidemiologia de campanie, toxicologia militară, radiologia militară, statistica medico-militară, geografia medico-militară, istoria medicinei militare, aprovizionarea medico-militară, aprovizionarea cu material sanitaro-farmaceutic, tehnică și utilaj medical *(schema 1)*.

Fiecare din aceste discipline își are obiectul său de studiu, sarcini și metode de studii, forme și metode de implementare a rezultatelor în practica asigurării medicale a Forțelor Armate. În același timp, între aceste discipline există multe legități comune, care reies din condițiile specifice de activitate a serviciului medical și scopurile unice de argumentare a căilor optime și eficiente de asigurare medicală a trupelor.



N.I. Pirogov (1810-1881)

O importanță majoră în cadrul medicinei militare are disciplina „Managementul sanitar în campanie" (organizarea și tactica serviciului medical), care prezintă un compartiment al științei medicale militare având ca obiect de studiu organizarea asigurării medicale a Forțelor Armate. În urma studiilor sunt elaborate formele și metodele raționale privind această asigurare. Întemeietorul acestei discipline este considerat Nicolae Pirogov, marele învățat rus, care a consacrat numeroase lucrări acestui domeniu, dovedind importanța decisivă a activității organizatorice a cadrului medical în procesul de asigurare medicală a trupelor. El a argumentat științific organizarea căutării și scoaterii răniților de pe câmpul de luptă, evacuării lor la punctele medicale, lucrului etapelor medicale, triajului medical și însemnătatea acestor măsuri în complexul măsurilor de tratament și evacuare.

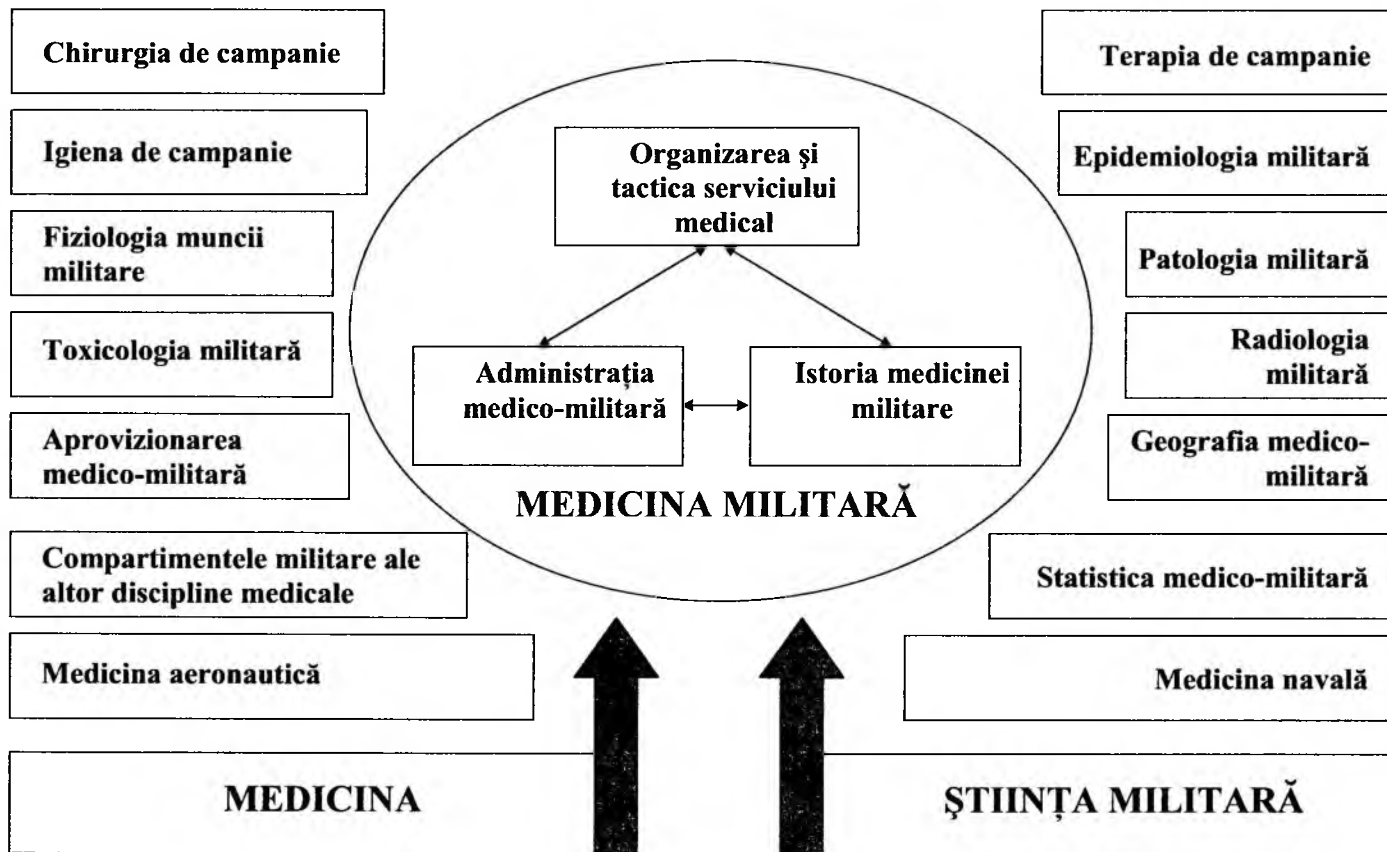


C. Davila (1822-1884)

O contribuție considerabilă în dezvoltarea acestei discipline au adus și medicii militari români: generalul medic, doctor Carol Davila, generalul medic, doctor Mihai Călinescu. Generalul medic, doctor Carol Davila, a ocupat postul de medic-șef al Armatei Române în războiul ruso-turc din 1877–1878 și a întemeiat la 4 iunie 1876 „societatea Crucea Roșie din România". Generalul medic, doctor

Schema 1

DISCIPLINELE MEDICO-MILITARE CE CONSTITUIE MEDICINA MILITARĂ



Mihai Călinescu a ocupat postul de inspector general al serviciului sanitar al armatei Române în timpul Primului Război Mondial (1914–1918).

În interesul serviciului medical militar, disciplina „organizarea şi tactica serviciului medical" aplică cunoştinţele ce se referă la caracterul, legităţile şi metodele de ducere a luptei, operaţiei şi războiului în ansamblu, determină influenţa acestora la structura serviciului medical şi organizarea asigurării medicale a trupelor. Posedarea acestor cunoştinţe de către medicii militari favorizează acordarea asistenţei medicale chirurgicale, terapeutice, de alte specialităţi, precum şi efectuarea măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice, aprovizionarea cu materiale medicale.

Totodată, alte discipline medico-militare influenţează asupra organizării şi tacticii serviciului medical, în particular, aplicarea cunoştinţelor despre etiologie, patogenie, tabloul clinic şi tratamentul leziunilor de război, determinarea structurii serviciului medical şi a formaţiunilor medico-militare.

Toate disciplinele medico-militare reflectă aspectele medicinei militare şi anume:

- de management sanitar;
- medicină clinică;
- medicină preventivă;
- de management farmaceutic.

Metodele de studiu al medicinei militare:

- istorico-descriptivă;
- analitică;
- matematică;
- medico-statistică;
- modelare (simulare).

Obiectivele de studiu al medicinei militare:

- factorii lezanţi ai armamentului, acţiunea acestora asupra organismului;
- patologia specifică apărută în urma acţiunii factorilor lezanţi;
- formele, metodele de organizare a asigurării medicale în diverse acţiuni de luptă;
- formele, metodele de acordare a asistenţei medicale, tratamentul şi recuperarea răniţilor şi lezaţilor.

Unele categorii de forţe armate cum ar fi:

- aviaţia;
- forţele navale;
- trupele cosmice;
- trupele rachetare

îşi au propriile servicii medicale cu particularităţile lor:

- medicina aeronautică;
- medicina navală;
- medicina trupelor rachetare;
- medicina cosmică.

Primele elemente rudimentare ale medicinei militare le putem găsi în orânduirea primitivă. Medicina luptătorului a precedat medicina militară. Primii „chirurgi" au fost chiar războinicii. Oamenii răniţi în conflictele dintre triburi erau îngrijiţi de luptătorii cei mai îndemânatici în scoaterea săgeţilor, spălarea rănilor, aplicarea bandajelor şi oprirea hemoragiilor. Tot ei erau acei care încercau să însănătoşească bolnavii în vremurile de linişte. Cu timpul, odată cu diviziunea muncii, secretul lecuirii rănilor începe să fie transmis din generaţie în generaţie. Astfel au apărut primii „vindecători" (vraci). Aceştia tratau leziunile prin mijloace mecanice şi puneau provenienţa pe seama voinţei zeilor. Ca urmare, zeii hotărau soarta bolnavilor. De altfel, milenii şi secole de-a rândul omenirea a trăit sub stăpânirea concepţiilor mitico-magice şi empirice despre boli şi de aceea nu vom afla decât foarte târziu despre un serviciu sanitar organizat.

La perfecţionarea ajutorului acordat răniţilor a contribuit în special Hipocrate (460–375 î.e.n.), care este considerat părintele medicinei. El este întemeietorul chirurgiei militare, căci a servit în armată încă din tinereţe, iar în perioadele de pace ale poporului grec îi îndemna pe toţi elevii săi să se înroleze în armatele străine pentru perfecţionarea educaţiei lor chirurgicale.

După Hipocrate, făclia chirurgiei militare a trecut în mâna chirurgilor din Alexandria, mai puţin cunoscuţi ca chirurgii din Cos (insula unde s-a născut Hipocrate), însă mai îndrăzneţi în actele chirurgicale.

Celsus, numit şi Hipocrate latinul, sau Cicero al medicinei, a dus mai departe succesele şcolii din Alexandria, transmiţându-le generaţiilor următoare, făcând precizări asupra hemostazei şi preconizând primul procedeu de amputaţie prin metoda circulară.

Galen (131–201) are meritul de a fi folosit intestinul ca material de ligatură, deci, primul care s-a gândit la nevoia de material resorbabil ca material de sutură – viitorul catgut. Tot el a îmbogăţit arsenalul chirurgical concepând foarfecele, seringa, sonda.

În armatele Indiei, Egiptului, Greciei şi ale Romei Antice existau forme şi metode de acordare a ajutorului medical răniţilor şi bolnavilor militari. De exemplu, în armata indiană a fost organizată scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă. O însemnătate deosebită se atribuia acordării ajutorului medical răniţilor şi bolnavilor în formaţiunile armate ale Egiptului şi Greciei Antice. În armata lui Alexandru Macedon (sec. IV î.e.n.) o mare importanţă avea nu numai ajutorul medical şi tratamentul, ci şi profilaxia multor boli.

În Imperiul Roman medicii erau prezenţi în fiecare cohortă şi legiune. Ei acordau ajutorul medical necesar, după care răniţii şi bolnavii erau transportaţi în valetudinarii (prototipul instituţiilor sanitare), instalate înăuntrul lagărului

militar, pentru tratament. Un interes deosebit prezenta faptul că în armata Imperiului Roman au fost introduse elemente de autoajutor şi ajutor reciproc. Personalul trupelor era instruit și aprovizionat cu materiale de pansament individuale.

În secolele următoare problemele acordării ajutorului medical răniților şi bolnavilor în condiţii de luptă au devenit mai inerte, deoarece statele, mai ales statele feudale ale Europei, creau formaţiuni militare completate cu voluntari – reprezentanţi ai păturilor sociale joase. În aceste condiţii statul nu era cointeresat în cheltuieli pentru acordarea ajutorului medical ostaşilor răniţi şi bolnavilor.

Mai târziu (sec. XV), odată cu apariția relaţiilor burgheze şi crearea statelor feudale absolutare în Europa, situația în această problemă s-a schimbat spre bine. Statul centralizat necesita armată permanentă, care în cele mai dese cazuri era completată de mercenari profesionişti. A apărut necesitatea de a crea serviciul medical al formaţiunilor militare cu misiunea principală de asigurare medicală a personalului trupelor atât în timp de pace, cât şi în timp de război. În cadrul trupelor (Franţa, Spania) au fost incluşi chirurgi, existau spitale militare staţionare și de campanie, erau elaborate documente oficiale, ce reglementau modalitățile de acordare a ajutorului medical răniților (Regulamentul 1591, Franța).

Epoca capitalismului creează armatele regulate, formate pe principiul serviciului militar obligator, care conţineau şi formaţiuni medico-militare permanente: puncte pentru pansamente, infirmierii, spitale şi transport militar sanitar (Rusia, 1731). Războaiele epocii imperialismului, însoţite de pierderi mai generale și sanitare, permanent necesitau completarea trupelor cu personal. Apare problema recuperării capacității de luptă a răniților şi bolnavilor şi reîntoarcerea lor pe front. Cheltuielile pentru acest scop erau mari, dar justificate.

Toate cheltuielile cu orientare sanitară, efectuate de Stat, sunt expuse în economie de vieţi omeneşti (S. Spir şi P. Lombardi, 1925).

Istoria medicinei în general şi a medicinei militare a Moldovei în particular a fost descrisă începând cu secolul XIX în documentele oficiale de Stat, în lucrările doctorului A.V. Korceak-Cepurovski (1896) şi parţial în teza de doctor a primului doctor în medicină – moldoveanului Constantin Vârnav (1836). Primii medici pe pământurile Moldovei în Dacia au apărut pe timpul lui Domiţian şi Traian, care purtau războaie împotriva dacilor. Armatele Romane erau însoţite de medici, printre care se evidenţiau medicii personali ai marilor comandanţi şi medici ai formațiunilor militare (cohortă, legiune). În oastea domnitorului Mihai Viteazul (1601–1602) apare primul medic militar român Marco. Voievozii moldoveni şi români ţineau pe lângă curţile domneşti medici (bărbieri). Ştefan cel Mare a avut mai mulţi medici, printre ei „maestro Zoane", Dan Brânca, trimis de împăratul Maximilian în anul 1480.

Pentru acordarea ajutorului medical răniților și bolnavilor, călugării cavaleri și ioaniți au creat case-spitale la Sibiu (1292), Bistrița (1295), Brașov (1296). Primul spital din Țara Românească a fost creat la Colita de spătarul Mihai Cantacuzino în 1704. Acest spital avea misiunea de a acorda ajutor medical populației și răniților în războaie.

În timpul războiului ruso-turc din 1806–1812 au fost organizate multe spitale militare de armata rusească pe teritoriul Moldovei, unde în marea majoritate activau medicii ruși. Începând cu anul 1853 medic-șef al oștirilor române este numit Carol Davila, care deținea și postul de medic-șef al Spitalului de la Mihai Vodă. Carol Davila a manifestat un interes deosebit pentru pregătirea unui serviciu sanitar militar bine echipat și crearea Societății naționale de Cruce Roșie. În anul 1876 Carol Davila a prezentat Ministerului de Război proiectul de Stat al „Societății Române de ajutor pentru militarii răniți", destinată de a deveni în timp de război auxiliarul serviciului sanitar militar. La 4 iunie 1876 a luat naștere „Societatea Crucea Roșie din România".

Intrarea României alături de Rusia în războiul cu Turcia a pus în fața Serviciului Sanitar al armatei și Crucii Roșii române sarcini foarte însemnate. Comportamentul personalului medical al formațiunilor sanitare și al infirmierilor voluntari în acordarea ajutorului medical răniților și bolnavilor, evacuarea și tratamentul lor au întrecut toate speranțele. Doctorul Coher, medic principal al trupelor ruse la Plevna, asistând la exercițiile efectuate la Verbița de o campanie de brancardieri români, a constatat: „Am fost cu adevărat impresionat cu câtă repeziciune, precizie și îndemânare a lucrat această campanie. N-am văzut în toată Europa ostași sanitari mai bine instruiți".

În preajma Primului Război Mondial serviciul militar al armatei Române și-a perfecționat în mare măsură formele și metodele de acordare a ajutorului medical răniților și bolnavilor pe câmpul de luptă și la formațiunile medico-militare. Atenția principală era destinată scoaterii răniților și bolnavilor de pe câmpul de luptă, acordării primului ajutor și evacuării lor în afara raionului operațiilor militare la formațiunile medico-militare.

SERVICIUL SANITAR ÎN BASARABIA

La începutul anului 1918, probleme deosebite de asistență medicală apăreau în teritoriul dintre Prut și Nistru.

Armata a fost însărcinată cu rezolvarea acestor probleme, combaterea epidemiilor din această provincie fiind una dintre problemele principale.

În acest scop, autoritățile civile și militare au creat un Inspectorat civil-militar al Basarabiei, care s-a ocupat de combaterea epidemiilor.

Formațiunile de pe lângă Armată s-au organizat potrivit nevoilor ivite, adică în vederea combaterii bolilor epidemice.

Pentru aceasta, Ministerul de Război a pus la dispoziția Inspectoratului din Basarabia:

- 4 infirmierii de garnizoană cu câte 4 secții mobile (din ambulanțe divizionare);
- 2 spitale divizionare;
- 1 spital de Corp de armată;
- 1 spital de contagioşi;
- 1 infirmierie de boli de ochi;
- 19 echipe de deparazitare.

Spitalul militar Chişinău. A luat ființă la data de 1 iulie 1918, prin mutarea de la Vaslui la Chişinău a Spitalului militar al Corpului 5 Armată. De la 1 aprilie 1920, devine „Spitalul militar al Diviziei a 5-a", iar de la 1 aprilie 1921 a luat denumirea de „Spitalul militar al Grupului de Divizii General Popovici", denumire care de la 1 aprilie 1925 se schimbă în „Spitalul militar al Corpului 3 Armată", de categoria I.

La înființare, avea 400 de paturi în patru servicii: serviciul medical, serviciul chirurgical, serviciul boli venerice, serviciul boli contagioase, precum şi un cabinet dentar deservit de un tehnician dentar chimist. În 1926 se înființează la spital un serviciu O.R.L. Şeful spitalului la înființare era colonelul doctor Constantinescu Firu.

În martie 1928 spitalul era dotat cu instalație de radiologie, iar în anul 1936 se înființează un serviciu de ginecologie condus de medicul căpitan Merzianov Emil.

Până în anul 1940, au fost internați în medie 3500–4500 de bolnavi anual. Din 28 iunie 1940, spitalul este evacuat mai întâi la Monteoru-Buzău, apoi la Slobozia, unde, de la 22 iunie 1941, ia denumirea de „Spitalul mixt Z.I. nr. 273-Slobozia", cu 250 de paturi, fiind subordonat Armatei a 4-a, în 12 pavilioane la marginea oraşului, pe valea Bâcului, cu serviciile: medicală, chirurgie, boli de ochi (care nu era altceva decât Spitalul de boli de ochi Chişinău, contopit cu Spitalul militar fost Chişinău), dermato-venerice, mixt, triaj, dentistică, radiologie, laborator de bacteriologie, laborator de chimie şi servicii administrative. Bolnavii contagioşi erau internați la spitalul civil din localitate.

Spitalul era de categoria I, cu 260 de paturi. De la data de 14 august 1941, a revenit în oraşul de reşedință – Chişinău, ca spital al Corpului 3 al Armatei, fiind instalat aici cu 300 de paturi, putând să-şi mărească capacitatea la 400–600 de paturi.

De la 1 aprilie 1944 spitalul începe să funcționeze, cu 360 de paturi, la Craiova, unde a fost dislocat. Funcționează aici până în anul 1945, când se desființează.

Spitalul militar Bălți. În ianuarie 1921, la Bălți funcționau: Spitalul de contagioşi nr.5 şi ambulanța Diviziei a II-a din localitate, înființate în anul 1918, în local propriu, cu 52 de paturi. Datorită faptului că acestea erau formațiuni de

război, se hotărăşte înfiinţarea unui spital de garnizoană de pace bugetar, pentru a se asigura asistenţa medicală a trupelor ce staţionau în localitate.

Astfel, la 1.IV.1921, în localul care fusese ocupat de Spitalul de contagioşi nr.5, ia fiinţă Spitalul militar Bălţi ca spital de garnizoană de categoria a II-a, sub conducerea medicului maior dr. Vasiliu Gheorghe.

La înfiinţare, spitalul avea 80 de paturi repartizate în două servicii: medicală, cu 30 de paturi, şi chirurgie, cu 50 de paturi.

La Bălţi, în anul 1920 exista şi o farmacie de garnizoană, care ocupa cu chirie un local în oraş. În acelaşi an, farmacia se mută la Spitalul de contagioşi nr. 5, iar la înfiinţarea Spitalului militar Bălţi, devine farmacie a spitalului respectiv. Personalul, în afară de şeful spitalului, era format din: 2 medici secundari, 1 farmacist căpitan, 1 administrator sublocotenent, 1 plutonier major sanitar şi 2 sergenţi, 4 caporali, 30 de soldaţi.

Deşi până în anul 1924 Spitalul militar Bălţi a fost considerat ca spital de garnizoană, de categoria a II-a, a avut o mare mişcare de bolnavi, deoarece a deservit atât divizia, cât şi alte unităţi aflate pe teritoriul judeţelor Bălţi şi Soroca. În anul 1924 a avut 1450 de bolnavi internaţi.

Spitalul avea un local necorespunzător şi un număr de paturi insuficient pentru numărul mare de bolnavi, din care cauză, o parte dintre bolnavi erau evacuaţi la Spitalul militar Iaşi şi la Infirmieria de ochi Frumoasa (Iaşi). Evacuările la Iaşi erau motivate de nevoia de examene radiologice pentru precizarea diagnosticului, spitalul neavând instalaţie Roentgen.

În 1924–1926, spitalul nu avea serviciu de boli contagioase, din care cauză şi bolnavii contagioşi erau evacuaţi la Iaşi. În anul 1937, spitalul avea tot 80 de paturi şi era considerat „de divizie” (Divizia a 16-a), fiind tot de categoria a II-a.

Din luna octombrie 1940, spitalul este evacuat la Tg.Ocna, unde îşi continuă activitatea. În anul 1942 avea 200 de paturi şi funcţiona fără laborator de chimie, produsele de analizat fiind trimise la Iaşi; laboratorul s-a înfiinţat în anul 1943.

La acest spital, după dr. Vasiliu Gh. (1921–1932), au fost şefi următorii: cpt. dr. Hudescu Gh. (1932–1937), mr. dr. gh. Braha (1937–1943), lt. col. dr. A. Vicol (1943–1944). În acest spital au mai lucrat medicii: I.Martinovici, Victor Diaconescu, I.Pironcof, farmaciştii: Lipa Flexer, Ion Lavric, Şt.Tomulescu etc.

Spitalul militar Ismail. La Ismail, încă din timpurile vechi ale Moldovei, era o clădire care se chema „bolniţă”, unde erau trataţi ostaşii moldoveni, fie acei de graniţă. Alexandru cel Bun şi Ştefan cel Mare au folosit-o după nevoile şi cunoştinţele vremurilor ca lăcaş, unde se „mântuiau” oştenii de boale trupeşti şi sufleteşti.

Până la 1812 a funcţionat bolniţa Ismail, unde s-au adus şi holerici. Când turcii au pus stăpânire pe malul stâng al Dunării, au respectat clădirea bolnavilor, deoarece şi-au construit în Cetatea Ismail un spital şi geamie.

Până la 1912, spitalul, aşa cum era, a funcţionat sub stăpânirea română. La 1812, clădirea era refăcută, se înconjoară cu un zid înalt de 3 m şi se înzestrează cu tot ce trebuie. În anul 1854, spitalul ostăşesc a servit regimentelor de linie pentru vindecarea bolnavilor militari. La acest spital, în 1864, au fost evacuaţi răniţii şi bolnavii români, poloni şi turci după bătălia de la Coştangalia.

Alexandru I.Cuza a dat chiar ordin de îmbunătăţiri în urma vizitei ce a făcut-o bolnavilor.

În anul 1878 spitalul este reorganizat. S-a construit un întreg rând de camere izolate, pentru boli contagioase. S-a construit un pavilion complet izolat pentru boli de ochi, cameră pentru autopsii şi baie.

La 1 august 1918, după alipirea Basarabiei, a luat fiinţă Spitalul militar de garnizoană Ismail, cu 50 de paturi, în care se tratau români, de rezervă; la înfiinţare depindea de Divizia a 5-a.

În februarie 1922, deoarece nu erau trupe în Ismail, s-a ordonat desfiinţarea spitalului.

În luna octombrie 1923 se stabileşte definitiv la Ismail Divizia a 12-a, care avea în localitate 2625 de ostaşi. La aceştia se mai adăugau marinarii de pe vasele aflate în porturile din apropiere, a căror asistenţă medicală se asigura de o infirmierie.

La 9 octombrie 1926 se aprobă reînfiinţarea spitalului de garnizoană din Ismail, care să funcţioneze în vechiul local.

La 24 noiembrie 1932 se înfiinţează „Asociaţia ştiinţifică a ofiţerilor sanitari" din garnizoană.

Spitalul a funcţionat până în anul 1938.

Spitalul militar Orhei. Înfiinţat la 16 august 1918, cu 100 de paturi. Era improvizat într-o veche cazarmă, fără instalaţii sanitare. La acest spital se internau şi bolnavi civili. Spitalul avea 6 saloane pentru bolnavi, o sală de operaţii, o sală pentru pansamente, o cameră de triaj.

Până în anul 1920, au fost spitalizaţi 3673 de bolnavi, din care 838 de civili. S-au acordat 16486 de consultaţii gratuite şi au fost operaţi 195 de bolnavi.

La 1 aprilie 1924 spitalul este desfiinţat.

Spitalul a fost condus, de la înfiinţare şi până în 1920, de medic lt.col.dr. Bălăcioiul Gr., apoi de medic dr. Mircea Botez, până la desfiinţare.

În legătură cu faptul că în armată conjunctivita granuloasă, a cărei incidenţă descrescuse semnificativ în urma măsurilor luate de serviciul medical în anii 1900–1910, apare din nou în unele formaţiuni militare cu caracter epidemic, în timpul concentrărilor din 1914–1915, se adoptă un plan de măsuri pentru tratament şi profilaxie.

În iulie 1918 este înfiinţat spitalul militar de ochi Chişinău cu 1000 de paturi, dintre care 400 erau pentru suspecţi.

La 26 noiembrie 1938 spitalul s-a desfiinţat, iar în 1939 se reînfiinţează, în 1940 este mutat la Slobozia. La 21 noiembrie 1941 este mutat din garnizoana Slobozia în garnizoana Chişinău, având 210 paturi. Spre sfârşitul războiului a fost evacuat la Craiova, apoi la Cluj.

Spitalul militar de ochi Cernăuţi este înfiinţat la 18 octombrie 1920, care avea 400 de paturi, iar mai apoi 200 şi a activat până în 1944.

După cel de-al Doilea Război Mondial pe teritoriul R.S.S. Moldoveneşti au activat spitale militare de garnizoană în or. Chişinău, Bălţi, Tiraspol, care asigurau trupele militare ale Armatei a 14-a şi alte unităţi şi subunităţi militare. Aceste spitale erau subordonate serviciului medical al Districtului Militar Odesa. În anul 1945, odată cu constituirea Institutului de Stat de medicină din Chişinău, începe activitatea şi catedra militară, care a activat până în luna noiembrie a anului 1991. Catedra pregătea ofiţeri medici în rezervă pentru Armata Sovietică. Totodată, din anul 1965 anual din rândurile studenţilor după anul IV de studii la facultăţile Medicină generală, Pediatrie, Sanitarie şi după anul III de studii la facultatea Farmacie, în mod benevol, erau transferaţi un număr de până la 35–40 de persoane la Facultăţile Medico-Militare din Kuibâşev (Samara) şi Tomsk.

De asemenea, după absolvirea Institutului de Stat de medicină din Chişinău un număr de până la 30 de absolvenţi erau încorporaţi în Armata Sovietică pe un termen de doi ani. O parte dintre ei după acest termen îşi continuau serviciul până la vârsta de pensionare. După destrămarea Uniunii Sovietice şi crearea Armatei Naţionale a fost constituit serviciul medical al Armatei Naţionale:

- la trupe (serviciul medical al unităţilor şi marilor unităţi militare);
- în garnizoanele Chişinău şi Bălţi (spitale militare).

În luna mai 1992, în cadrul USMF „Nicolae Testemiţanu", prin Hotărâre de Guvern, a fost creată catedra Medicină militară şi extremală, care funcţionează până la momentul actual, fiind unicul centru ştiinţifico-didactic medical şi de pregătire a cadrelor medicale (ofiţerilor medici) pentru necesităţile Forţelor Armate ale R.M. - Armata Naţională, trupele de carabinieri, trupele de grăniceri.

Capitolul II.
CONDIȚIILE DE ACTIVITATE ȘI MISIUNILE SERVICIULUI MEDICAL AL ARMATEI NAȚIONALE A REPUBLICII MOLDOVA ÎN CAMPANIE

Activitatea serviciului medical în războiul modern se desfăşoară în condiţii complicate şi specifice, determinate atât de situaţia de luptă logistică medicală, cât şi de condiţiile fizico-geografice şi medico-geografice ale teatrului de acţiuni de luptă. Aceste condiţii influenţează nemijlocit asupra asigurării medicale a trupelor, utilizării formelor şi metodelor în organizarea lucrului formaţiunilor medico-militare.

Prin condiţii de activitate ale serviciului medical se înţelege un complex de factori (de situaţie de luptă, logistică, medicală, a trupelor, fizico-geografici, medico-geografici ai teatrului de acţiuni de luptă), care în mod direct sau indirect acţionează la asigurarea medicală a trupelor. Aceşti factori pot favoriza ori defavoriza îndeplinirea misiunilor serviciului medical. Şi în primul, şi în al doilea caz aceşti factori trebuie depistaţi de către serviciul medical în scopul determinării gradului de acţiune şi stabilirii celor mai favorabile forme şi metode în asigurarea medicală, care ar permite utilizarea pe deplin a factorilor cu acţiune pozitivă şi excluderea sau diminuarea factorilor cu acţiune negativă.

Prin aceasta în mare măsură este determinat succesul asigurării medicale, cât şi evaluarea gradului de pregătire profesională a medicului militar.

Situaţia de luptă, care se caracterizează prin complexitate, diversitate şi variabilitate bruscă determină o acţiune decisivă în organizarea asigurării medicale a trupelor, volumului şi conţinutului măsurilor medicale efectuate (aplicate). Războiul modern se desfăşoară pe spaţii uriaşe, cuprinzând poate mai multe state, iar acţiunile militare ducându-se pe pământ, în aer, pe ape şi chiar în cosmos. Ritmul de ducere a luptelor va creşte considerabil datorită mecanizării trupelor.

Este necesar de a accentua posibilitatea diverselor forme de declanşare a războiului şi diverselor caractere de acţiuni de luptă la începutul lui.

Conform concepţiilor actuale, războiul poate fi declanşat:

1. cu utilizarea numai a armamentului obişnuit;

2. cu utilizarea armamentului obişnuit și trecerea la utilizarea armamentului convenţional;

3. cu utilizarea concomitentă a întregului arsenal de luptă.

Utilizarea armamentului contemporan va provoca în termene scurte sau simultan leziuni în masă în rândurile ostașilor şi populaţiei civile. Faptul aplicării bombardamentelor masive asupra Dresdenului de către aviaţia anglo-americană la 13 februarie 1945, când în timp de câteva ore au fost răniţi 250 000 de oameni,

a bombelor atomice la 6 şi 8 august 1945, de către America, asupra oraşelor Hiroşima şi Nagasaki, unde în timp de câteva minute au decedat consecutiv 78 000 şi au primit leziuni 84 000 şi 27 000 şi 41 000, a bombardamentelor masive în timpul războaielor şi conflictelor militare din Coreea (1953), Vietnam (1967–1973), Afganistan (1979–1989), Rusia (Cecenia 1995–1997), dovedeşte cu vehemenţă caracterul în masă al pierderilor generale umane şi celor sanitare, pe de o parte, şi complexitatea leziunilor (combinate, multiple, asociate) apărute, pe de altă parte.

Etapele medicale şi formaţiunile medico-sanitare antrenate în asigurarea medicală a trupelor vor activa în condiţii de suprasolicitare a răniţilor şi bolnavilor, de asemenea, va creşte riscul de acţiune a factorilor nocivi ai armamentului asupra lor.

Folosirea diverselor tipuri de armament convenţional va condiţiona înrăutăţirea stării sanitaro-epidemiologice la trupe şi a raioanelor de acţiuni de luptă ori de dislocare a acestora, care la rândul ei va duce la majorarea riscului apariţiei şi răspândirii bolilor contagioase.

Pe lângă factorii de ordin general ai situaţiei de luptă, în activitatea serviciului medical vor avea influenţă un şir de factori de ordin operativ-tactic strâns legaţi de particularităţile concrete ale unei sau altei lupte ori operaţii.

În asigurarea medicală a trupelor o influenţă deosebită au condiţiile medico-geografice ale teatrului de acţiuni militare – factorii de mediu fizic externi, care îşi au acţiune asupra stării de sănătate a militarilor şi asupra organizării asigurării medicale a trupelor.

Experienţa războaielor şi conflictelor militare din secolul XX dovedesc că aceşti factori neapărat induc la corectări în activitatea serviciului medical, iar în unele cazuri impun noi forme de soluţionare a problemelor organizatorice şi de tratament. Aşa, de exemplu, în războiul Italia-Etiopia (1935–1936), în războiul de eliberare naţională a Algeriei (1954–1962), în războiul dintre Israel şi ţările arabe (1967) serviciile medicale ale părţilor beligerante activau în condiţii climaterice aspre, în lipsă de drumuri, cu surse materiale locale sărăcăcioase, stare sanitaro-igienică şi epidemiologică a populaţiei la un nivel scăzut (diminuat) şi în prezenţa altor factori nocivi ce se resimţeau tot mai mult.

În asigurarea medicală a trupelor în regiunea râurilor Halhin-Gol şi Hasan (1939 US) serviciul medical s-a conformat cu particularităţile caracteristice condiţiilor de stepă şi deşert.

În războiul sovieto-finlandez (1939–1340) au predominat factorii: teritoriul mlăştinos accidentat puternic, sursele locale sărăcăcioase, reţeaua de drumuri slab dezvoltată, gerurile puternice, făcând anevoioase căutarea, scoaterea şi evacuarea răniţilor şi bolnavilor, lucrul etapelor medicale.

În războiul din Coreea (1950–1953) şi în cel din Vietnam (1964–1973) serviciile medicale activau în condiţii cu temperaturi înalte şi umiditate sporită, sanitaro-igienice şi epidemice nesatisfăcătoare.

În războiul din Afganistan principalii factori nocivi care aveau o acţiune considerabilă asupra modului de organizare a asigurării medicale a trupelor erau: temperaturile înalte şi uscate, relieful muntos şi de deşert, starea sanitaro-igienică şi epidemică nesatisfăcătoare. Factorii nocivi de mediu extern în mare măsură duc şi la schimbarea structurii pierderilor sanitare.

Misiunile Serviciului medical în condiţii de campanie şi modalităţile de îndeplinire a lor

Misiunile Serviciului medical în campanie sunt determinate de gradul de dezvoltare în domeniul militar, al ştiinţei medicale şi medicinei militare, de starea sistemului ocrotirii sănătăţii, de gradul de dotare tehnică a serviciului medical, de pregătirea cadrelor ş.a.

Reieşind din acestea, misiunile principale ale serviciului medical sunt următoarele:

1. Asigurarea pregătirii înalte de luptă şi de mobilizare a subunităţilor, unităţilor şi instituţiilor serviciului medical.
2. Participarea la completarea Forţelor Armate ale Republicii Moldova cu personal sanitar.
3. Organizarea şi efectuarea unui sistem de măsuri ce ţin de acordarea la timp a asistenţei medicale răniţilor şi bolnavilor, menţinerea vieţii lor şi recuperarea în cel mai scurt timp a capacităţii de luptă şi muncă.
4. Prevenirea apariţiei şi răspândirii bolilor în rândurile personalului trupelor.
5. Controlul sanitar sistematic al condiţiilor de viaţă, trai şi de activitate de luptă cu scopul păstrării şi consolidării sănătăţii militarilor.
6. Organizarea şi efectuarea măsurilor de către serviciul medical ce ţin de protecţia medicală a personalului trupelor de armele de distrugere în masă.
7. Aprovizionarea trupelor şi formaţiunilor cu materiale medicale (sanitaro-farmaceutice, tehnică şi utilaj medical).
8. Studiul sistematic al activităţii serviciului medical în scopul elaborării noilor metode de profilaxie, tratament şi management sanitar.

Măsurile care necesită a fi prevăzute din timp

1. Pregătirea cadrelor medicale.
2. Completarea serviciului medical cu cadre.
3. Studierea condiţiilor medico-geografice ale teatrelor probabile de acţiuni militare.

4. Studierea realizărilor ştiinţifice medicale şi medico-militare din lume.
5. Protecţia subunităţilor, unităţilor medico-militare, paza şi apărarea lor.
6. Evidenţa şi darea de seamă.

Caracterizând misiunile serviciului medical în campanie, este necesar de a accentua valoarea majoră a faptului păstrării vieţii unui număr maxim de răniţi şi bolnavi şi recuperarea capacităţii de luptă şi de muncă.

Traducerea în viaţă a acestei misiuni denotă cu fermitate atitudinea umană faţă de om, faţă de ostaşul care îşi apără ţara cu preţul sănătăţii şi al vieţii proprii. În condiţiile războiului modern, când pierderile generale umane se vor produce şi în rândurile populaţiei civile, în spatele frontului, completarea formaţiunilor militare cu efectiv va fi un lucru dificil. O sursă valoroasă în acest scop vor fi răniţii şi bolnavii, care după tratament şi recuperare medicală se vor întoarce pe front.

Valoarea acestei surse va fi determinată şi de faptul că ostaşii reîntorşi pe front vor poseda o anumită experienţă de luptă, care, la rândul său, va contribui considerabil la majorarea capacităţii de luptă a formaţiunilor militare.

Aşadar, îndeplinirea acestei misiuni în condiţiile războiului modern devine un factor de ordin strategic pentru ţară.

Recuperarea capacităţii de muncă a răniţilor şi bolnavilor inapţi pentru serviciul militar va contribui la starea economiei naţionale.

Pentru îndeplinirea misiunii date de către serviciul medical este necesar de a organiza şi efectua un şir de măsuri importante şi complicate, care includ: căutarea şi acordarea la timp a primului ajutor, adunarea şi scoaterea de pe câmpul de luptă şi evacuarea cât mai timpurie a răniţilor la etapele medicale în scopul acordării ajutorului medical necesar, tratamentului, recuperării medicale.

O însemnătate deosebită are şi misiunea serviciului medical ce ţine de combaterea apariţiei şi răspândirii bolilor în rândurile personalului trupelor. Istoria războaielor denotă, că în structura pierderilor generale umane şi celor sanitare ponderea bolilor contagioase este evidentă. De obicei, personalul trupelor, activând în condiţii sanitaro-igienice şi epidemice nesatisfăcătoare, foarte des era supus îmbolnăvirilor de boli infecţioase, mai cu seamă de dizenterie, holeră, tifos abdominal şi exantematic ş.a., care în unele cazuri purtau caracter de epidemii. Expunem câteva exemple în acest sens.

Campania dezastruoasă a lui Napoleon în Rusia a fost caracterizată, alături de frig şi foame, şi de un mare număr de îmbolnăviri de dizenterie şi tifos. Febra galbenă a însoţit campaniile spaniolilor în Lumea Nouă, iar în 1862 corpul expediţionar francez în Mexic a fost decimat de o epidemie de febră galbenă. Războiul de secesiune american a totalizat un număr de peste 300 000 de victime, dintre care mai mult de jumătate au murit din cauza unor epidemii de boli contagioase: febră galbenă, febră tifoidă, dizenterie, malarie etc.

În 1856 expediția anglo-franceză din Crimeea a fost decimată de o epidemie de holeră, care a provocat circa 70 000 de victime, față de aproximativ 20 000 de pierderi umane din cauza armelor de luptă. În perioada războiului ruso-turc (1877–1878) în armata Dunăreană, care constituia 592 000 de oameni, au fost bolnavi de tifos exantematic şi abdominal aproximativ 97 000 de ostaşi. O epidemie de holeră a infectat armata română în 1913, în cursul războiului balcanic. Acest episod dramatic a constituit şi prilejul „marii experiențe române", cum a fost numită în literatura de specialitate campania de vaccinare antiholerică, declanşată cu această ocazie, din inițiativa profesorului Cantacuzino şi condusă efectiv de trei tineri militari, deveniți mai târziu acad. Mihai Ciucă, acad. Dumitru Combiescu şi prof. Ion Bălteanu.

Şi pesta a însoțit de-a lungul istoriei mai multe campanii militare. Începând cu a treia invazie a peloponezienilor în Atica, care a coincis cu moartea lui Pericle (anul 430 î.e.n.), continuând cu pesta lui Justian, care s-a regăsit în campaniile contra goților la Capna în anul 554, ciuma neagră a însoțit războiul de 100 de ani. După moartea lui Ludovic cel Sfânt în Tunisia (1270), pesta a făcut ravagii în Franța. Mai aproape de zilele noastre, în campania franceză din Egipt, Larei, chirurgul-şef al armatei lui Napoleon, a descris toate detaliile epidemice de pestă din anii 1798–1801.

Alte boli infecțioase ce au însoțit campaniile militare au fost aşa-numitele „febre intermitente", a căror victimă a fost Alexandru cel Mare, mort pe malurile Eufratului. Multă vreme considerate drept febre tifoide sau enterice, ele au făcut mari ravagii în perioada războaielor din Africa din sec. XIX. În anul 1936 a fost posibil să se precizeze natura lor malarică.

Gripa spaniolă a fost descrisă prima dată în cursul luptei navale dată de flota franco-geneveză. Însă, marile ravagii pe care le-a făcut această boală au fost cele cu ocazia marii pandemii de „gripă spaniolă" din 1918. Aceste victime au fost mai enorme decât toate victimele de pe toate câmpurile de luptă ale Primului Război Mondial: în cinci luni – peste 20 milioane de oameni.

În Războiul al Doilea Mondial numărul îmbolnăvirilor şi victimelor în urma bolilor contagioase s-a micşorat considerabil, însă ele erau înregistrate atât în rândurile ostaşilor părților beligerante, cât şi ale populației, prizonierilor de război, mai cu seamă în cazul tifosului exantematic.

În războiul din Afganistan (1979–1989) în structura pierderilor sanitare predominau bolile infecțioase (66–70%). Pe primul loc în structura bolilor infecțioase se clasa hepatita infecțioasă şi tifosul abdominal. De asemenea, erau înregistrate cazuri de malarie, meningită, difterie.

În războiul modern misiunea, ce ține de preîntâmpinarea apariției şi răspândirii bolilor în rândurile personalului trupelor, devine şi mai actuală, dat

fiind faptul că în urma folosirii armamentului de nimicire în masă brusc se va înrăutăţi situaţia sanitaro-igienică şi epidemică.

Odată cu perfecţionarea tehnicii militare şi a armamentului au apărut noi factori nocivi cu acţiune asupra omului: emisia electromagnetică, radiaţia, zgomotul, vibraţia, impurificările aerului ş.a.

Acest fapt impune serviciului medical supravegherea permanentă a condiţiilor de activitate de luptă şi trai în vederea păstrării şi consolidării sănătăţii militarilor. Ţinând cont de posibilitatea utilizării armelor de nimicire în masă, Serviciul medical trebuie se prevadă mijloace moderne pentru combaterea efectelor acestor arme.

Serviciului medical în acest domeniu îi revin misiunile:

- protecţia medicală a personalului trupelor de efectele armelor de nimicire în masă;
- protecţia medicală a formaţiunilor medico-militare, personalului sanitar, răniţilor şi bolnavilor de efectele acestor arme.

În scopul perfecţionării formelor şi metodelor asigurării medicale a trupelor trebuie să se studieze şi să se analizeze experienţa cadrului medical în război şi în conflictele militare. Aceste studieri şi analize vor permite de a însuşi mai profund particularităţile patologiei de campanie, evoluţia acestora, perfecţionarea doctrinei medico-militare, elaborarea regulamentului, instrucţiunilor ce ţin de asigurarea medicală a trupelor, pregătirea şi perfecţionarea cadrelor medico-militare.

Misiunile serviciului medical în campanie sunt soluţionate prin organizarea şi efectuarea unor complexe de măsuri diverse după conţinut şi orientare *(schema 2)*, aşa cum sunt: asigurarea medicală, completarea serviciului medical cu personal, instruirea personalului medical, formaţiunilor medico-militare privitor la lucrul în condiţii de luptă, protecţia medicală a personalului trupelor şi a formaţiunilor medico-militare de efectele armelor de nimicire în masă, paza şi apărarea ultimelor, recunoaşterea medicală, instruirea medico-militară a personalului trupelor, evidenţa medicală şi darea de seamă.

Asigurarea medicală a trupelor include următoarele complexe de măsuri:

- sistemul de tratament şi evacuare;
- măsuri sanitaro-igienice şi antiepidemice;
- măsuri medicale de protecţie împotriva efectelor armelor de nimicire în masă;
- măsuri de aprovizionare medico-militară;
- măsuri de conducere a serviciului medical.

Capitolul III.
CARACTERISTICA PIERDERILOR GENERALE UMANE

Efectele armelor contemporane asupra oamenilor

La momentul actual armele de luptă au atins un nivel extrem de înalt de dezvoltare. De rând cu armele obişnuite, multe armate sunt înzestrate şi cu arme de distrugere în masă, a căror capacitate este foarte mare.

Din armamentul obişnuit fac parte armamentul de foc (cu gloanţe cu substanţe explozive) şi mijloacele incendiare.

Caracteristica armelor de foc, mijloacelor incendiare, de precizie înaltă, a mijloacelor de distrugere în masă

Perfecţionarea armamentului şi a tehnicii militare se efectuează în direcţia creşterii capacităţii de luptă, mobilităţii şi protecţiei.

De rând cu perfecţionarea armamentului nuclear se perfecţionează şi capacitatea de luptă a mijloacelor simple de luptă.

Din armamentul de foc fac parte armele de foc cu gloanţe şi cu schijă.

Factorii lezanţi ai acestui armament sunt gloanţele, schijele de proiectile, bombe, mine, grenade.

În structura contemporană a patologiei în campanie pierderile produse în urma acţiunii armelor de foc pot constitui 15–20% din tot volumul pierderilor sanitare. Aceste cifre sunt determinate de faptul că la dotarea forţelor armate contemporane au apărut arme cu tragere rapidă, cu capacitate înaltă de pătrundere, cu capacitate înaltă de precizie şi distanţă mare.

Au apărut gloanţe de calibru mai mic (5–6 mm) cu viteza începătoare de 1000 m/sec. (puşca americană M–16). Gloanţele acesteia (5–6 mm) provoacă mari distrugeri ale ţesuturilor moi, ruperea organelor interne, vaselor sangvine mari. Orificiul de ieşire al acestui glonte este mare şi cu mari distrugeri de ţesuturi.

În anii de după cel de-al Doilea Război Mondial au apărut proiectile şi bombe care sunt îmbibate în afară de substanţe explozibile cu bile metalice, săgeţi. Dintre proiectilele noi fac parte, deci, bombele sferice, cilindrice, a căror acţiune de distrugere se datorează acestor bile metalice, cilindrice ori săgeţilor care sunt îmbibate în corpul bombelor date.

În grosimea pereţilor acestor bombe sunt îmbibate câteva sute de bile cu greutatea de 0,7–1,9 g. În momentul exploziei aceste bile capătă o viteză începătoare iniţială foarte mare şi crapă, prefăcându-se în câteva schije de diverse forme.

Bilele se distrug prin faptul că au o capacitate înaltă de pătrundere. Aceste bile, cilindre şi săgeţi pot fi şi din masă plastică.

Folosirea acestor bombe de către americani în Vietnam a condus la pierderi sanitare mari, ce se caracterizau prin leziuni multiple şi asociate complicate şi cu distrugeri mari ale ţesuturilor moi, vaselor sangvine, care erau asociate cu hemoragii şi stări de şoc.

În ultimul timp au apărut arme cu gloanţe de calibru mic cu o capacitate înaltă de tragere (până la 4500 de împuşcături pe min.).

Sunt folosite pe larg minele plastice, minele sub formă de jucării. În afară de aceasta se folosesc elemente explozibile cu mecanisme de contact magnetice şi biologice.

De aceea în conflictele şi războaiele contemporane creşte considerabil numărul leziunilor în urma acţiunilor schijelor.

Este evident că traumatismele grave sunt provocate nu numai de schijele minelor date şi de unda de explozie, ci şi de elementele lezante secundare cum sunt, de exemplu, bucăţile de piatră, lemn ş.a.

Aşadar, în urma folosirii acestor mine apar aşa-numitele traumatisme de mină explozibilă, care se caracterizează prin traumatismele membrelor inferioare (amputaţia piciorului) şi o comoţie generală a organismului. La necropsia cadavrelor celor care au murit în urma acestor traumatisme se constată hemoragii în organele interne care confirmă cele menţionate mai sus.

Această formă de traumatism cuprinde 22–25 % din toate traumatismele de luptă şi se caracterizează după cum s-a mai accentuat prin gravitatea lor deosebită ce necesită la rândul său multă iscusinţă din partea medicilor pentru a efectua corect triajul medical şi a lua corect decizia pentru tratamentul chirurgical.

Se folosesc, de asemenea, tipuri noi de proiectile – proiectile (obuze) cu explozie în volum, a căror eficacitate de luptă este cu mult mai mare decât a celor obişnuite. Ele au fost folosite de către americani în războiul din Vietnam.

Acţiunea acestor proiectile se reduce la faptul că încărcătura (reţeta lichidă) se împrăştie în aer, iar aerosolii obţinuţi explodează.

La momentul actual pentru înzestrarea Forţelor Armate ale diferitor state se găsesc sisteme de dirijare a focului şi armamentului, care se bazează pe cele mai moderne cunoştinţe în domeniul recunoaşterii, legăturii, transmisiilor, analizei automate a informaţiei şi dirijării precise a proiectilelor aşa-numitei arme de precizie înaltă.

Cauza apariţiei şi folosirii acestui tip de armament este necesitatea de a simplifica numărul de forţe umane pe câmpul de luptă şi totodată de a micşora cheltuielile pentru ducerea războiului, micşorând considerabil numărul de uz.

La baza acestor proiectile stau trei secţii:

de frunte – cu aparatura televizată de acaparare şi însoţire a ţintei;

centrală – cu partea de luptă (400–800 kg de material explozibil);

de coadă – cu mijloace de dirijare.

În momentul detectării țintei și asamblării cu punctul pe ecran se pune în funcție sistemul de autodirijare în regimul de însoțire automată a țintei și proiectilul ori bomba se aruncă.

O utilizare vastă în război și în conflictele militare au amestecurile incendiare în baza lubrifianților. La aceste mijloace se referă napalmurile, amestecurile de napalm cu adaosuri de aluminiu și magneziu sub formă de praf, termitele – amestecuri de oxid de fier cu aluminiu sub formă de praf și fosfor alb. Mijloacele de folosire a acestora pot fi bombele, vasele speciale, containerele. Dintre amestecurile inflamabile menționate o capacitate înaltă de distrugere are napalmul.

O bombă cu un volum de 625 litri de napalm conduce la apariția unui focar de foc cu suprafața de 2000 m^2. Temperatura focarului în timpul arderii atinge 1000°C, iar în apă el nu se stinge și nu se scufundă.

Afectarea oamenilor se produce în urma contactului nemijlocit al napalmului ori al factorilor cu pielea.

Arsurile prin napalm sunt grave, însoțite deseori de șoc și pierderea cunoștinței. Sunt localizate, de obicei, în regiunea feței, capului și deseori duc la asfixii.

În războiul din Vietnam americanii au folosit încă un tip de armă inflamabilă (prin aprindere) – așa-numitul obuz cu suprapresiune. El prezintă un conglomerat de câteva containere. În momentul atingerii de pământ intră în funcție focosul, apare un nor de detonare cu flăcări.

ARMELE DE NIMICIRE ÎN MASĂ

Armele de nimicire în masă și armele obișnuite constituie totalitatea munițiilor (bombe, proiectile, rachete) care pot fi lansate din avioane sau de pe rampele de lansare asupra centrelor populate, obiectivelor industriale, social-politice etc. cu scopul de a produce pagube materiale și victime umane.

În cele ce urmează se vor descrie, pe scurt, aceste categorii de arme.

Prin armele de nimicire în masă se înțeleg acele arme care, folosite de agresor, determină un volum mare de distrugeri de bunuri materiale (distrugeri de clădiri, construcții, utilaje, instalații, mijloace de transport etc.), precum și un număr mare de victime în rândul oamenilor și animalelor neprotejate.

Arme de nimicire în masă sunt:

- arma nucleară;
- arma biologică;
- arma chimică.

Arma biologică și arma chimică, deși nu provoacă distrugeri ca arma nucleară, sunt considerate totuși arme de nimicire în masă, datorită faptului că prin acțiunea lor determină un număr mare de victime în rândul oamenilor și animalelor neprotejate.

ARMA NUCLEARĂ

Una dintre cele mai periculoase arme de nimicire în masă este arma nucleară, a cărei acţiune distructivă se bazează pe utilizarea energiei nucleare.

Se deosebesc două tipuri de arme nucleare:

- cu acţiune explozivă (bomba atomică, bomba cu hidrogen, bomba trifazică);
- fără acţiune explozivă (substanţe radioactive de luptă, bombe cu neutroni).

Denumirea de armă nucleară cu acţiune explozivă este generală şi se atribuie oricărui tip de armă a cărei explozie are loc pe baza eliberării energiei nucleare în urma unor reacţii de fisiune nucleară, iar de bombă cu hidrogen (termonucleară) – celei bazate pe fuziune nucleară.

Puterea exploziilor nucleare se determină prin cantitatea de energie dezvoltată. Ca termen de comparaţie se ia cantitatea de trotil care e dezvoltată prin explozie, aceeaşi cantitate globală de energie. Această cantitate de trotil se numeşte echivalent trotilic al armei nucleare şi poate avea următoarele valori: până la 1 kt (1 kt = 1000t) – pentru calibru foarte mic; 1–20 kt – pentru calibru mic; 20–60 kt – pentru calibru mijlociu; 60–500 kt – pentru calibru mare; 0,5–100 Mt – pentru calibru foarte mare.

BOMBA ATOMICĂ

Principalele elemente ale bombei atomice sunt: încărcătura nucleară, dispozitivul de realizare a exploziei şi corpul bombei. Încărcătura bombei nucleare înainte de explozie se află în stare subcritică, adică masa acesteia este mai mică decât masa critică (masa de substanţă fisionabilă în care neutronii formaţi prin fisiunea unui nucleu provoacă fisiunea altui nucleu). Se pot realiza bombe atomice cu o singură, cu două sau mai multe mase subcritice.

Principiul de construcţie a bombei atomice constă din existenţa, în cazul unei bombe atomice, a două mase subcritice, care sunt dispuse separat şi care se unesc la declanşarea unui dispozitiv clasic, obişnuit. În momentul unirii celor două mase subcritice se declanşează o sursă de neutroni (clorură de beriliu şi radon), a cărei acţiune în masa combustibilului nuclear produce reacţia nucleară în lanţ.

BOMBA CU HIDROGEN

În corpul bombei se găseşte combustibilul cu hidrogen, conţinând deuteriu şi tritiu. Lângă combustibilul cu hidrogen se mai găseşte aşa-zisul detonator atomic de uraniu–235 sau plutoniu – 239. Explozia acestuia va crea condiţii pentru desfăşurarea reacţiei termonucleare, adică pentru explozia combustibilului de

hidrogen. Spre deosebire de bomba atomică, încărcătura de luptă a bombei cu hidrogen nu are masă critică. Combustibilul cu hidrogen poate fi luat în orice cantitate şi, în consecinţă, puterea bombei cu hidrogen poate depăşi de câteva ori pe aceea a unei bombe atomice obişnuite.

Pentru a realiza o bombă cu hidrogen de dimensiuni cât mai reduse se folosesc, drept combustibili termonucleari, deuterura de litiu – o substanţă solidă, un compus al litiului cu deuteriul. În reacţia termonucleară, în cazul folosirii deuterurii de litiu, din interacţiunea neutronilor cu nucleele de litiu, se formează tritiu, care intră apoi în reacţie cu deuteriul. Neutronii formaţi astfel reacţionează din nou cu litiul şi aşa mai departe. Tritiul se formează astfel în procesul reacţiei termonucleare.

BOMBA TRIFAZICĂ (COMBINATĂ)

Este o bombă care se bazează pe procesele de fisiune - fuziune - fisiune. Ea are la bază o bombă termonucleară, la care se adaugă fisiunea uraniului–238. În urma reacţiei termonucleare rezultă neutroni foarte rapizi care sunt capabili să provoace în continuare fisiunea nucleară de uraniu–238 şi astfel în aceste încărcături au loc procesele de fisiune - fuziune - fisiune.

SUBSTANŢELE RADIOACTIVE DE LUPTĂ

Sunt produse secundare ale industriei atomice sau special preparate, destinate contaminării oamenilor, animalelor, terenului, alimentelor, culturilor, apei etc. Acestea se prezintă sub formă solidă (praf), lichidă sau gazoasă (fum) şi sunt la fel de periculoase ca şi elementele radioactive rezultate din exploziile nucleare.

BOMBA NEUTRONICĂ (ARMA RADIOLOGICĂ)

Are drept încărcătură nucleară californiul–251 care prin fisiune produce un flux puternic de neutroni care au o acţiune puternic iradiantă (de aici şi denumirea de bombă neutronică sau radiobiologică).

Ca orice material nou fisionabil, californiul are propria sa masă critică (o valoare foarte mică, de 1,5 g). La fisiunea în lanţ a unei asemenea cantităţi, efectele termice sunt neglijabile, de aceea denumirea de „bombă" este cu totul improprie. Singurul efect extrem de periculos îl formează puterea radiaţiei şi a fluxului de neutroni. De exemplu, explozia celor 1,5 g la suprafaţa pământului determină o iradiere cu o doză semiletală pe o rază de 300 m (moartea a 50% din cei iradiaţi). Aceeaşi explozie la altitudinea de 50 km determină o iradiere semiletală pe o rază de 7500 m (absorbţia neutronilor de către straturile de aer descreşte cu altitudinea). Din acest considerent se preconizează folosirea bombei neutronice drept proiectil antiaerian pentru iradierea piloţilor.

MIJLOACELE DE UTILIZARE A ARMEI NUCLEARE

Pentru utilizarea armei nucleare se pot folosi următoarele mijloace:

- rachete de toate tipurile;
- aeronave purtătoare de rachete, torpile;
- artileria;
- submarinele și navele de suprafață, purtătoare de rachete și torpile cu încărcături nucleare;
- fugasele nucleare.

Utilizarea unora sau altora dintre aceste mijloace este determinată de locul de dispunere și caracterul obiectivelor, de puterea muniției nucleare folosite și de o serie de alți factori.

FACTORII DISTRUCTIVI AI EXPLOZIEI NUCLEARE

Explozia nucleară produce cinci factori distructivi:

- unda de șoc;
- emisiunea de lumină;
- radiația penetrantă;
- impulsul electromagnetic;
- contaminarea radioactivă.

• **Unda de șoc a exploziei nucleare** este o undă de comprimare bruscă a mediului ambiant la locul exploziei (aer, apă, sol) și care se propagă cu viteză foarte mare (supersonică), în toate direcțiile de la centrul exploziei.

Unda de șoc constituie principalul factor distructiv al exploziei nucleare, consumând pentru formarea ei aproximativ 50% din energia totală a exploziei. Din punctul de vedere al originii, unda de șoc a exploziei nucleare este similară undei de șoc rezultată din explozia substanțelor explozive obișnuite. Particularitățile ei constau în prezența unui front care cuprinde limita ei dinainte, în care se produce un salt brusc de comprimare a aerului. Acest front se numește frontul undei de șoc.

În funcție de distrugerile construcțiilor, raionul exploziei nucleare se împarte în:

- Zona I de distrugere care se caracterizează prin distrugeri totale (cu suprapresiunea în frontul undei de șoc, $pf > 1\ kg/cm^2$) la clădiri, construcții industriale, rețele etc.
- Zona II de distrugere caracterizată de distrugeri puternice și medii ($1\ kg/cm^2 > pf > 0,3\ kg/cm^2$).
- Zona III de distrugere caracterizată de distrugeri medii și ușoare ($0,3\ kg/cm^2 > pf > 0,1\ kg/cm^2$) la clădiri din cărămidă.

Unda de șoc produce persoanelor neadăpostite traumatisme extrem de grave în zona I, traumatisme grave și medii în zona II și traumatisme ușoare în zona III.

Protecția împotriva undei de șoc se realizează în spații de adăpostire cu rezistență la presiunea undei de șoc. Spațiile de adăpostire sunt tratate în capitolul „Protecția împotriva armei nucleare".

• **Emisiunea de lumină** este o radiație electromagnetică care cuprinde domeniul ultraviolet, domeniul vizibil și domeniul infraroșu al spectrului, consumând aproximativ 35% din energia totală a exploziei.

Emisiunea de lumină are loc în decursul a două pulsații, prima pulsație având loc în decurs de 1/100 secunde, atunci când sunt emise în special radiații ultraviolete (deci, lumină multă și căldură puțină) și a doua pulsație, care durează câteva secunde, când sunt emise radiații luminoase din spectrul vizibil și din domeniul infraroșului. Efectele puternice ale emisiei de lumină asupra oamenilor și materialelor sunt produse deci pe timpul celei de-a doua pulsații.

Emisiunea de lumină este caracterizată prin impulsul de lumină (cal/cm^2) a cărei intensitate scade invers proporțional cu pătratul distanței.

Acțiunea emisiunii de lumină asupra mediului se manifestă prin incendii masive, care se extind pe zona a III-a de distrugere a undei de șoc (pentru calibre mari). La distanțe mult mai mari se produc incendii izolate, totul depinzând de existența materialelor inflamabile.

Organismul uman supus acțiunii emisiunii de lumină suferă arsuri, care în funcție de valorile impulsului luminos pot fi grave sau mai puțin grave (gradul I – gradul IV). La capitolul „Protecția împotriva armei nucleare" sunt prezentate mai detaliat urmările și măsurile ce se preconizează împotriva emisiunii de lumină.

• **Radiația penetrantă** este un fenomen caracteristic exploziilor nucleare și se compune dintr-un flux de neutroni și radiații gama emise în timpul exploziilor nucleare. Ea reprezintă 5% din energia degajată de explozia nucleară și durează câteva secunde.

Radiația penetrantă prezintă un pericol direct pe o rază de 1–2 km și un pericol indirect prin contaminarea radioactivă produsă de masa de izotopi radioactivi induși existenței în norul exploziei nucleare la suprafața pământului.

Acțiunea principală a radiației penetrante asupra materiei constă în ionizarea acesteia, fapt care determină apariția radicalilor liberi în substanța vie și în consecință realizarea unor acțiuni intime la nivelul acesteia.

Atât radiația gama, cât și fluxul de neutroni, prin doza de radiație transmisă organismului uman, determină apariția unor transformări care duc la apariția bolii de iradiere.

O doză de peste 50 roentgen determină pierderea capacității de acțiune totală sau parțială a organismului uman.

Protecția împotriva radiației penetrante este tratată la capitolul „Protecția împotriva armei nucleare".

• **Impulsul electromagnetic** este un fenomen generat de radiația penetrantă în primele secunde ale exploziei. El constă în ionizarea puternică a aerului (electronii și ionii pozitivi), iar datorită condițiilor, în care se produc ionii pozitivi pe de o parte și electronii pe de altă parte, formează câmpuri electrice și

magnetice care acţionează câteva fracţiuni de secundă. Impulsul electromagnetic este influenţat şi de felul exploziei (este mai puternic în cazul exploziei aeriene).

Energia impulsului electromagnetic este distribuită pe o gamă de frecvenţă cuprinsă între zeci de hertzi şi câţiva megahertzi.

Amplitudinea impulsului electromagnetic poate avea valori de mii de volţi pe metru.

Sub acţiunea impulsului electromagnetic, ca urmare a ionizării, are loc distrugerea sau deteriorarea echipamentelor electrice şi electronice neprotejate (străpungerea izolaţiilor de transformatoare, distrugerea releelor şi siguranţelor etc.)

Protecţia împotriva impulsului electromagnetic se tratează la capitolul „Protecţia împotriva armei nucleare".

- **Contaminarea radioactivă** este factorul distructiv care acţionează în timp şi reia 10% din energia exploziei nucleare. Contaminarea radioactivă este produsă de:

- încărcătura nucleară de uraniu-235 sau plutoniu-239, care participă la procesul fisiunii în momentul exploziei;
- fragmentele de fisiune ale încărcăturii nucleare (circa 200 izotopi radioactivi ai 35 de elemente chimice);
- radioactivitatea constituită din izotopii artificiali rezultaţi în urma captării neutronilor de către nucleele diferitor elemente din sol, aer, diferite obiecte, inclusiv a bombei etc.

În urma exploziei nucleare, toţi aceşti factori enumeraţi mai sus sunt înglobaţi în norul radioactiv care contaminează solul la suprafaţa lui atât în raionul exploziei, cât şi pe direcţia de deplasare a vântului la înălţimi şi la distanţe de zeci şi sute de kilometri. Suprafaţa contaminată are în general forma unei elipse, ale cărei axe mari sunt orientate pe direcţia de deplasare a norului, dar pot avea şi forme neregulate.

Gradul de contaminare radioactivă a terenului pe urma norului depinde de: cantitatea totală a produselor radioactive formate de explozie, de felul exploziei (aeriană, terestră), de timpul care a trecut din momentul exploziei, de condiţiile meteorologice, de relief etc.

Pe măsura deplasării norului radioactiv se modifică și dimensiunile particulelor care se depun.

Ca rezultat al căderilor substanţelor radioactive din norul exploziei nucleare, odată cu contaminarea terenului, se produce şi contaminarea aerului, solului, surselor de apă, alimentelor, furajelor, diferitor elemente de teren.

Contaminarea radioactivă poate acţiona asupra organismului prin iradiere extremă de la radiaţiile radioactive emise de pulberea căzută pe diferite suprafeţe, pe îmbrăcăminte sau pe piele ori prin iradiere internă atunci când aceste pulberi au fost introduse în organism prin inspirarea aerului contaminat sau prin consumul alimentelor şi al apei contaminate radioactiv.

Indiferent de modul de acțiune, contaminarea radioactivă poate provoca, ca și radiația penetrantă, îmbolnăvirea organismului uman de boala de iradiere.

ARMA BIOLOGICĂ

Prin armă biologică se înțelege utilizarea agenților patogeni în scopuri agresive, care în urma răspândirii prin diferite mijloace tehnice pot determina îmbolnăviri cu caracter transmisibil (în masă) în rândul populației sau animalelor, precum și distrugerea fondului agro-forestier.

Declanşarea efectelor dăunătoare ale armei biologice se bazează pe activitatea specifică provocată de agenţi patogeni (bacterii, rickettsii, viruşi, ciuperci, paraziţi etc.) și toxinele microbiene asupra oamenilor, animalelor sau culturilor vegetale. Printre bolile, care pot fi transmise de bacteriile folosite ca armă biologică, figurează: ciuma, holera, variola, morva, antraxul, febra tifoidă.

Printre bolile, care pot fi transmise de rickettsii, se numără: tifosul exantematic, febra aftoasă etc.

Printre bolile, care pot fi transmise de ciupercile patogene, se numără: sporatricoza, histoplasmoza etc.

Mijloace şi procedee de răspândire a agenților patogeni

În funcție de caracteristicile lor biologice, agenții patogeni pot fi răspândiți prin următoarele mijloace și procedee:

a) Prin lansarea (din avion sau cu ajutorul rachetelor) bombei biologice încărcate cu suspensii lichide, pulverulente sau gazoase de germeni sau toxine patogene. În aer sau la atingerea pământului, bombele se desfac și difuzează conținutul biologic. Aceste proiectile funcţionează prin răspândirea conţinutului patogen cu ajutorul unui exploziv sau prin răspândirea încărcăturii patogene la pulverizarea ei cu ajutorul aerului comprimat aflat într-un rezervor situat în corpul bombei. În acest mod germenii sau toxinele patogene din interiorul bombei sunt antrenate de curenții de aer de diferite direcții și distanțe.
b) Prin pulverizarea din avion, cu ajutorul unor dispozitive speciale, a unor mase de germeni patogeni sau toxine microbiene sub formă de pulberi, lichide sau aerosoli. Astfel pot fi contaminate mari suprafețe de teritoriu cuprinzând orașe, noduri de cale ferată, porturi navale și aeriene etc.
c) Prin lansarea din avion cu ajutorul paraşutelor a unor containere (lăzi sau cutii confecţionate din lemn, metal ușor, plastic, coşuri din diferite materiale, recipiente din porţelan etc.) încărcate cu insecte sau rozătoare infectate sau parazitate. Aceste containere se deschid pe sol și lasă să se răspândească conținutul lor biopatologic.
d) Prin agenții diversioniști dotaţi cu flacoane, fiole pulverizatoare sau grenade încărcate cu germeni patogeni sau toxine microbiologice. Ei urmăresc

contaminarea surselor de apă, alimentelor şi furajelor din depozitele mari şi a punctelor de obicei aglomerate – pieţe şi hale alimentare, săli de spectacole etc.

Indicii de recunoaştere a armei biologice

Pentru a putea descoperi la timp folosirea armelor biologice de către agresor şi a lua măsurile corespunzătoare de protecţie, fiecare cetăţean trebuie să cunoască bine semnele folosirii acestei arme.

Asemenea semne sunt:

- exploziile înfundate ale bombelor de aviaţie şi proiectilelor de artilerie;
- zborul avioanelor la înălţimi joase şi apariţia unor nori de fum sau ceaţă în urma lor;
- aruncarea din avion a diferitor obiecte – lăzi, cutii, urmată de apariţia la locul de cădere a unui mare număr de insecte, căpuşe, rozătoare care nu se întâlnesc în mod obişnuit în zonă şi nu se deplasează departe de locul lansării;
- prezenţa unui număr mare de cazuri de boli molipsitoare pentru oameni;
- îmbolnăvirea în masă a animalelor domestice şi sălbatice.

În cazul descoperirii unor asemenea indicii trebuie imediat anunţate organele de protecţie civilă, de poliţie şi organele sanitare.

Căile de pătrundere în organism şi modalităţile de transmitere ale agenţilor patogeni

Agenţii patogeni pot pătrunde în organismul uman (animal) pe trei căi:

a) calea respiratorie – odată cu aerul inspirat;
b) calea digestivă – odată cu ingerarea alimentelor sau apei contaminate;
c) calea cutanată – prin mucoasele sau pielea lezată în special datorită insectelor vectori.

Contagiunea (transmiterea bolii) se poate realiza direct de la omul bolnav la cel sănătos, mai ales pe cale respiratorie sau indirect pe cale cutanată, digestivă sau respiratorie prin intermediul agenţilor vectori, prin alimente şi apă contaminată, prin manipularea unor materiale şi obiecte contaminate sau prin inhalarea pulberilor care se pot ridica de pe solul contaminat cu microorganisme patogene. În acest mod, unii agenţi patogeni pot pătrunde în organism pe alte căi decât cele obişnuite în condiţiile naturale, ceea ce, uneori, constituie un factor agravant al evoluţiei bolii respective.

Indiferent de calea de pătrundere sau de transmitere, agenţii patogeni pot produce epidemii, epizootii sau epifuzii.

Contaminarea produsă cu mijloace biologice creează, în zona în care s-au folosit, focare (raioane) biologice care, în funcţie de procedeele şi mijloacele de răspândire a germenilor patogeni, au dimensiuni diferite. De regulă, în zona contaminată se formează un raion (focar) contaminat şi o zonă de acţiune a

norului biologic, ca urmare a depunerii pe sol în direcția vântului a agenților patogeni.

Dimensiunile raionului și norului biologic depind de capacitatea de transmisibilitate a agenților patogeni, de condițiile meteorologice, timpul trecut de la lansarea preparatelor, mijloacelor de răspândire etc.

Caracteristicile armei biologice

Arma biologică, ca și arma nucleară, este considerată o armă de nimicire în masă. Ea poate fi utilizată fără a fi însoțită de alți factori de distrugere, putând rămâne neobservată până la apariția primelor cazuri de boală. Arma biologică nu distruge bunurile materiale, de aceea este considerată ca fiind o armă „mută". Ca urmare a diverselor forme de utilizare, efectul ei se poate extinde foarte mult, producând epidemii, epizootii, epifuzii.

De la contaminare și până la apariția primelor semne de boală pot trece câteva ore sau zile.

Principalele semne întâlnite la majoritatea acestor boli sunt: temperatura ridicată, tulburări digestive (grețuri, vărsături, diaree), tulburări respiratorii (tuse), tulburări nervoase (dureri de cap, amețeli, agitație), precum și apariția unor pete pe corp.

Pe lângă aceste semne de ordin general, bolnavul mai poate prezenta și alte tulburări specifice unei anumite boli.

Dintre bolile grave, rezultate în cadrul războiului biologic, cele mai importante sunt următoarele: ciuma, holera, variola, febra galbenă, morva, bruceloza, antraxul.

ARMA CHIMICĂ

Prin armă chimică se înțelege acea armă care folosește unele preparate chimice pentru nimicirea oamenilor și pentru contaminarea construcțiilor, arterelor de circulație, surselor de apă, culturilor agricole etc.

Preparatele chimice folosite în acest scop sunt cunoscute sub denumirea de SUBSTANȚE TOXICE DE LUPTĂ (S.T.L.).

Acestea au posibilitatea ca în cantități mici și în timp scurt să provoace organismului daune grave, iar dacă nu se iau măsuri, să producă chiar moartea.

S.T.L. pot fi întrebuințate și pot acționa sub formă de gaze sau vapori, în stare solidă (pulberi) sau în stare lichidă (picături).

S.T.L. pot pătrunde în organism prin: aparatul respirator, odată cu inspirarea aerului contaminat, aparatul digestiv, odată cu apa sau alimentele contaminate, ori prin piele, atunci când picăturile de substanțe toxice cad pe diferite părți ale corpului.

Ca durată S.T.L. își pot păstra capacitatea de acțiune mai mult timp, fiind considerate persistente, iar altele mai puțin timp, până la o jumătate de oră, fiind considerate trecătoare.

Persistența S.T.L. este influențată de starea vremii și de natura terenului. Astfel, curenții de aer împrăștie S.T.L. sub formă gazoasă sau de vapori, micșorându-le eficacitatea, temperatura ridicată le scurtează persistența, iar ploile spală terenul contaminat, uneori apa putând chiar dizolva sau neutraliza S.T.L. Pe sol pietros, S.T.L. sunt mai puțin persistente decât pe sol afânat sau acoperit cu vegetație. Albiile râurilor, văilor, șanțurilor, pădurilor, locurile cu vegetație înaltă și densă etc. sunt locuri de acumulare a S.T.L. în stare de gaz sau de vapori. Acestea permit S.T.L. să-și păstreze capacitatea de acțiune pentru mai mult timp, chiar dacă sunt trecătoare.

Mijloacele de atac cu arma chimică

Arma chimică se poate folosi în orice anotimp, atât ziua cât și noaptea. Iarna, însă, și pe timp friguros vor putea fi folosite numai acele S.T.L. care nu îngheață și care își pot exercita acțiunea toxică cu toată intensitatea.

În cazul unui atac cu arma chimică, substanțele toxice de luptă se pot folosi sub formă de gaze sau vapori, sub formă de lichid sau în stare de aerosoli solizi (fumuri toxice).

În cazul unui atac cu arma chimică, S.T.L. se utilizează cu ajutorul următoarelor mijloace:

- rachete;
- bombe chimice de aviație;
- proiectile chimice de artilerie și mine chimice de aruncător;
- pulverizarea din aparate speciale montate pe avioane;
- dispozitive care conțin, în compartimente separate, componentele unor substanțe toxice de luptă. Componentele netoxice se combină în momentul folosirii acestor dispozitive, creându-se astfel substanțe toxice de luptă. Se realizează în acest mod muniția chimică binară.

Uneori, în condițiile unui atac aerian cu arme obișnuite, pot fi lovite societăți comerciale, regii autonome, filiale ale industriei chimice, alimentare etc., care au rezervoare cu produse chimice, toxice pentru om (clor, amoniac, hidrogen sulfurat etc.). Distrugerea rezervoarelor și eliberarea substanțelor ce le conțin duc la crearea unei zone de contaminare chimică, care poate avea asupra oamenilor neprotejați efecte asemănătoare cu cele produse de un atac chimic (detaliile sunt prevăzute în capitolul „Calamități și catastrofe").

Indicii de recunoaștere a atacului cu arma chimică

Atacul cu substanțele toxice de luptă poate fi deosebit de alte tipuri de atacuri aeriene prin semnele exterioare provocate de folosirea muniției chimice astfel:

- explozia muniției chimice este însoțită de un zgomot slab, înfundat;
- la locul exploziei apare un nor de fum sau ceață care dispare în timp ce se deplasează pe direcția vântului;

- din avioane se pot lansa casete din care se desprind şi explodează un număr mare de bombe chimice mici;
- în urma avioanelor se formează un nor de culoare închisă care dispare repede, iar pe teren cad picături de substanţe toxice de luptă;
- pe sol, vegetaţie, clădiri etc. apar picături sau pete uleioase de culoare închisă;
- vegetaţia îşi schimbă culoarea şi se veştejeşte la câtva timp după atac; în zona atacului apare un miros particular de substanţe care produc iritarea organelor respiratorii şi a ochilor;
- apar cadavre de păsări sau alte animale mici.

Toate aceste indicii prezentate mai sus nu vor confirma întotdeauna un atac chimic. Folosirea substanţelor toxice de luptă va fi confirmată numai de organele de protecţie civilă.

Principalele substanţe toxice de luptă

Sunt cunoscute mai multe S.T.L. Din această cauză ele pot fi clasificate din punct de vedere fizic, după persistenţă şi din punct de vedere fiziopatologic.

Clasificarea din punct de vedere fizic are la bază starea fizică /de agregare) a substanţelor toxice de luptă în condiţii normale.

Din acest punct de vedere, S.T.L. se împart în:

- gazoase;
- lichide;
- solide.

Clasificarea după persistenţă se bazează pe timpul cât durează pericolul substanţei toxice de luptă asupra organismului uman.

Din acest punct de vedere S.T.L. se împart în:

- persistente;
- semipersistente;
- trecătoare (nepersistente).

Clasificarea fiziopatologică este determinată de acţiunea pe care substanţele toxice de luptă o exercită asupra organismului uman.

Conform acestei clasificări, S.T.L. se împart în:

1. Substanţe toxice de luptă cu acţiune generală:
   a. S.T.L. neuroparalitic (tabun, sarin, soman etc.);
   b. S.T.L. psihochimice (LSD-25, mescalină, BZ, bufetonină, hermină);
   c. S.T.L. hematice (hidrogen arsenat, oxid de carbon);
   d. S.T.L. nervoase (acid cianhidric, clorcian).
2. Substanţe toxice de luptă cu acţiune vezicantă (iperită, levizită, azotiperită).
3. Substanţe toxice de luptă cu acţiune sufocantă (fosgen, difosgen).

4. Substanţe toxice de luptă cu acţiune iritantă:
   a. S.T.L. lacrimogene (cloracetofenonă, cianură de brombenzil, CS);
   b. S.T.L. strănutătoare (difenil clorarsină, difenil cianarisină, adamsită);
   c. S.T.L. vomitive (etilcarbazol).

CARACTERISTICA PIERDERILOR SANITARE

Războiul este însoţit de pierderi sanitare umane şi materiale considerabile. Dacă pierderile materiale pot fi înlocuite în timp relativ scurt în raport cu potenţialul economic şi în primul rând de cel industrial al ţării, pierderile umane pot fi înlocuite până la o anumită limită prin mobilizarea de noi contingente de cetăţeni şi prin recuperarea militarilor răniţi şi bolnavi.

NOŢIUNE DE PIERDERI GENERALE ŞI CLASIFICAREA LOR

Pierderile umane survenite de trupe în timp de campanie poartă denumirea de ***pierderi generale***. Ele pot fi nerecuperabile şi sanitare *(schema 2)*. Categoria pierderilor nerecuperabile include:

- decedaţi pe câmpul de luptă
- dispăruţi fără veste
- căzuţi în prizonierat.

Pierderile sanitare reprezintă militarii, care prin starea sănătăţii şi-au pierdut capacitatea de luptă (muncă) pe un termen nu mai puţin de 24 de ore şi au fost evacuaţi la formaţiunile medicale, unde au fost trecuţi în evidenţă medicală şi au primit ajutor medical.

Serviciul medico-militar, îndeplinind misiunile sale de bază, trebuie să-şi îndrepte toată activitatea către această categorie de pierderi umane, care constituie o sursă de completare a unităţilor cu militari cu experienţă de luptă.

Toate pierderile sanitare se divizează în două categorii:

- pierderi sanitare în cadrul acţiunilor de luptă (răniţii);
- pierderi sanitare în afara acţiunilor de luptă (bolnavii).

Categoria răniţilor include toţi lezaţii care au avut de suferit în urma acţiunii directe sau indirecte a mijloacelor de luptă ale inamicului sau a condiţiilor de luptă.

Categoria bolnavilor include răniţii şi bolnavii apăruţi în afara acţiunilor de luptă. Această divizare se face în scopul de a da posibilitate medicilor de la diferite eşaloane de a calcula şi aprecia mai just volumul pierderilor sanitare, ţinând cont că va exista un procent anumit de bolnavi şi răniţi în afara celor care au avut de suferit în urma acţiunii mijloacelor de luptă ale inamicului (de exemplu, în perioada de acalmie).

Pierderile sanitare apărute în cadrul acţiunilor de luptă se clasifică în şase clase:

a) După factorul etiopatogenetic:

Clasa I. Leziuni mecanice

Clasa II. Leziuni termice

Clasa III. Leziuni actinice

Clasa IV. Leziuni chimice

Clasa V. Leziuni bacteriologice

Clasa VI. Stări reactive

Fiecare clasă include mai multe grupe de leziuni analogice, iar fiecare grupă conţine forme nosologice de leziuni concrete.

Clasa I conţine mai multe grupe în funcţie de localizarea şi profunzimea rănirii (traumatizării), de exemplu, traumatisme închise, deschise, penetrante, nepenetrante, cu fractura oaselor, fără fractura oaselor etc.

Clasa II include două grupe: combustiile şi degerăturile care se divizează după suprafaţă şi profunzime.

Clasa III include două grupe: leziunea actinică acută şi leziunea actinică cronică.

Clasa IV include cinci grupe de leziuni: cu substanţe toxice neuroparalitice (fosfororganice), de acţiune generală (acid cianhidric, clorcian), de acţiune asfixiantă (fosgen, difosgen), de acţiune cutanovizicante (levizită, iperită), cu alte substanţe toxice (lacrimogene, iritante etc.).

Clasa V include două grupe mari: leziuni cu substanţe bacteriene (care la rândul lor se clasifică conform clasificărilor maladiilor infecţioase) şi leziuni cu toxinele bacteriene.

Clasa VI include două grupe: stări reactive de scurtă durată şi stări reactive prolongate.

Clasificarea pierderilor sanitare după tipul de armament:

- pierderi sanitare prin armă obişnuită (clasică);
- pierderi sanitare prin armă nucleară;
- pierderi sanitare prin armă chimică;
- pierderi sanitare prin armă bacteriologică.

După numărul şi modalitatea de acţiune a factorilor lezanţi ce acţionează asupra corpului:

- leziuni combinate – leziuni în urma acţiunii a două sau mai multe tipuri de arme (arma obişnuită + arma chimică) ori a doi sau mai mulţi factori lezanţi ai unei şi aceleiaşi arme (traumatism+combustie+boala actinică, arma nucleară etc.);
- leziuni asociate – lezarea a două sau mai multe regiuni anatomice ori organe printr-un singur proiectil (rănire toraco-abdominală prin glonte);

- leziuni multiple – leziuni a două sau mai multe regiuni anatomice în urma acţiunii a două ori mai multe elemente ale unuia şi aceluiaşi factor lezant (leziuni multiple ale corpului prin schije, gloanţe etc.).

În cel de-al Doilea Război Mondial 70% dintre răniţi au avut doar câte o singură rănire. În războiul dinVietnam mai mult de 50% dintre răniţi au avut câte două şi mai multe răniri:

35,7% – 2–5 răniri
11,9% – 6–10 răniri
3,5% – 11–20 răniri
0,1% – >20 răniri

După gravitatea leziunilor:

- răniţi (bolnavi) extrem de gravi;
- răniţi (bolnavi) gravi;
- răniţi (bolnavi) de gravitate medie;
- răniţi (bolnavi) de gravitate uşoară.

Pierderile sanitare în afara acţiunilor de luptă se clasifică în conformitate cu clasificarea internaţională a maladiilor în timp de pace care conţin 21 de clase:

1. Bolile infecţioase şi parazitare
2. Tumori
3. Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice şi unele tulburări ale mecanismului imunitar
4. Bolile endocrine, de nutriţie şi metabolism
5. Tulburări mentale şi de comportament
6. Bolile sistemului nervos
7. Bolile ochiului şi anexelor lui
8. Bolile urechii şi apofizei mastoide
9. Bolile aparatului circulator
10. Bolile aparatului respirator
11. Bolile aparatului digestiv
12. Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat
13. Bolile sistemului osteo-articular, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv
14. Bolile aparatului genito-urinar
15. Sarcina, naşterea, lăuzia
16. Unele afecţiuni a căror origine se situează în perioada perinatală
17. Malformaţii congenitale, deformaţii şi anomalii cromozomiale
18. Simptome, semne şi rezultate anormale ale investigaţiilor clinice şi de laborator, neclasate la alte locuri
19. Leziuni traumatice, otrăviri (intoxicaţii) şi alte consecinţe ale cauzelor externe
20. Cauze externe de morbiditate şi mortalitate
21. Factorii influenţând starea de sănătate şi motivele recurgerii la serviciile de sănătate

În toate cazurile degerăturile se consideră ca pierderi sanitare de luptă.

Clasificarea pierderilor sanitare, fiind o clasificare internaţională, trebuie să fie cunoscută de către toţi medicii militari. Cunoaşterea clasificării dă posibilitatea de a stabili diagnosticul corect la rănitul (bolnavul) concret şi, ca urmare, de a acorda ajutorul medical corespunzător şi tratamentul respectiv. În afară de aceasta clasificarea unică a pierderilor sanitare (şi cunoaşterea ei) contribuie la asigurarea succesivităţii măsurilor curativ-evacuatorice la etapele de tratament şi evacuare.

VOLUMUL (VALOAREA) PIERDERILOR SANITARE. FACTORII CARE INFLUENŢEAZĂ VOLUMUL PIERDERILOR SANITARE. NECESITATEA CUNOAŞTERII ACESTORA

Volumul pierderilor sanitare reprezintă numărul de răniţi şi bolnavi apăruţi într-o anumită perioadă de timp (zi de luptă, perioadă de luptă, de operaţiune militară, misiune îndeplinită etc.) exprimat în cifre absolute.

Contribuie la:

- planificarea asigurării medicale;
- modul de organizare şi desfăşurare a asigurării medicale a trupelor în campanie;
- modalitatea şi ritmul scoaterii răniţilor şi bolnavilor de pe câmpul de luptă şi evacuarea lor;
- instruirea formaţiunilor medicale, aprovizionarea acestora cu materiale sanitaro-farmaceutice şi completarea cu personal medico-militar;
- volumul ajutorului medical etc.

O deosebită importanţă în organizarea asigurării medicale a trupelor are prevederea (aprecierea) pierderilor sanitare care vor apărea.

Pierderile sanitare, care se prevăd până la începerea luptei, poartă denumirea de pierderi sanitare probabile (posibile).

Aprecierea volumului pierderilor sanitare probabile este posibilă pe baza cunoaşterii datelor generale cu privire la volumul pierderilor sanitare din luptele şi operaţiunile anterioare (experienţa acumulată de şeful serviciului medical în acţiunile de luptă anterioare) şi analiza multilaterală a situaţiei în fiecare caz concret.

Necesitatea acestei analize este determinată de faptul că volumul pierderilor sanitare este influenţat de numeroşi factori şi anume:

- modalitatea de desfăşurare a războiului:
  a) cu folosirea armelor de distrugere în masă
  b) fără folosirea armelor de distrugere în masă
- tipurile de luptă:
  a) ofensivă
  b) defensivă

- modalitatea de trecere la acţiunile de luptă:
  a) prin contact nemijlocit cu inamicul
  b) în afara contactului nemijlocit cu inamicul
- proprietăţile tehnico-tactice ale armamentului utilizat
- caracteristica reliefului (terenului) de munte, şes, condiţiile meteo, timpul anului, zilei
- raportul forţelor şi mijloacelor părţilor beligerante
- gradul de pregătire de luptă a efectivului subunităţilor şi marilor unităţi
- gradul de protecţie a subunităţilor şi gradul de protecţie individuală
- starea fizică şi morală a efectivului etc.

Pierderile sanitare se calculează pentru o zi de luptă la eşaloanele tactice (batalion, brigadă), pentru o operaţiune militară – la eşaloanele operative (corp, armate).

Odată stabilit, volumul pierderilor sanitare poate fi defalcat pe eşaloane (în brigadă – eşalonul I, eşalonul II), pe alineatele importante ce trebuie cucerite sau apărate, pe misiuni (imediat următoare).

Din experienţa celui de-al Doilea Război Mondial, precum şi din studierea modalităţilor de efectuare a acţiunilor de luptă, pierderile sanitare vor fi mai mari în ofensivă decât în apărare.

În ofensivă densitatea trupelor este mai mare şi gradul de amenajare genistică e redus şi de aceea probabilitatea rănirii militarilor este mai mare.

În apărare densitatea trupelor este mai mică, iar gradul de amenajare genistică e crescut, probabilitatea rănirii militarilor fiind mai redusă. De asemenea, pierderile sanitare sunt mai mari în timpul iniţierii acţiunilor de luptă ale trupelor, în timpul contraatacului, îndeplinirii misiunii imediate, de ieşire din încercuire. De aceea se poate considera că din volumul total de pierderi sanitare în batalion şi în brigadă 50–60% vor reveni în timpul îndeplinirii misiunii imediate (în ofensivă).

Pierderile sanitare posibile ale efectivului în brigada de infanterie motorizată în 24 de ore de luptă pot fi (% la efectivul brigăzii):

Tipul luptei	**În cel de-al Doilea Război Mondial**	**În lupta contemporană**				
		Numai cu folosirea armei obişnuite	**Cu folosirea armei de distrugere în masă**			
			arma obişnuită	**arma chimică**	**arma nucleară**	**TOTAL**
Ofensivă	8–12	12–18	8–12	4–8	Restul	25–40
Apărare	6–10	10–15	6–10	3–8	Restul	20–40

Din tabel reiese, că în lupta de apărare pierderile sanitare posibile totale ale brigăzii de infanterie motorizată pot constitui 20–40% din efectiv, inclusiv prin armă obişnuită 6–10%, prin armă chimică 3–8% şi restul prin armă nucleară.

În ofensivă pierderile sanitare totale pot constitui 25–40% din efectivul brigăzii, inclusiv 8–12% prin armă obişnuită, 4–8% prin armă chimică şi restul – prin armă nucleară.

În afară de aceasta, bolnavii vor constitui 0,1–0,2% din efectivul brigăzii şi în lupta de apărare, şi în lupta de ofensivă.

STRUCTURA PIERDERILOR SANITARE ÎN URMA ACŢIUNILOR DIVERSELOR ARME. NECESITATEA CUNOAŞTERII STRUCTURII PIERDERILOR SANITARE

Prin structura pierderilor sanitare se înţelege raportul procentual dintre diferite categorii de răniţi şi bolnavi (clase, grupe, forme nosologice) şi volumul total de pierderi sanitare.

Structura pierderilor sanitare depinde de următorii factori:

- felurile de armament folosit de inamic;
- factorii lezanţi ai armelor;
- timpul anului, zilei;
- starea sanitaro-epidemiologică a trupelor şi terenului acţiunilor de luptă;
- gradul de protecţie a militarilor;
- genul de armă etc.

Este necesar de a cunoaşte structura pierderilor sanitare pentru:

- asigurarea numărului necesar de specialişti la nivelul formaţiunilor medicale;
- asigurarea numărului necesar de formaţiuni medicale specializate;
- înzestrarea formaţiunilor medicale cu materiale sanitaro-farmaceutice.

Structura pierderilor sanitare posibile poate fi stabilită pe categorii de pierderi sanitare (prin armă obişnuită, prin arme nucleare, chimice, bacteriologice etc.).

Structura reală a pierderilor sanitare poate fi cunoscută numai după finisarea luptei. În cel de-al Doilea Război Mondial structura pierderilor sanitare a fost următoarea:

- răniţi - 95–97%
- contuzionaţi – 2–4%
- combustionaţi – 0,5–1%

În cazul folosirii armei obişnuite structura pierderilor sanitare poate avea:

- răniţi - 80–90%
- contuzionaţi – 6–10%
- combustionaţi – 2–5%

În cazul folosirii armei nucleare structura pierderilor poate fi:
- leziuni combinate – 60–70%
- arsuri (combustii) pure – 15–25%
- boală de iradiere actinică pură – 15–25%
- leziuni traumatice pure – 5%

La rândul lor, leziunile combinate pot prezenta următoarele îmbinări:
- leziuni traumatice însoțite de arsuri și boala de iradiere acută – 20%
- leziuni traumatice și boala de iradiere acută – 6%
- arsuri însoțite de boala de iradiere acută – 8%
- leziuni traumatice însoțite de arsuri – 66%

În cazul folosirii armei chimice, din totalul leziunilor vor fi:
- intoxicați cu substanțe toxice neuroparalitice – 90–95%
- intoxicați cu substanțe toxice cutano-vezicante – 5–10%

În cazul folosirii armei bacteriologice – pierderile sanitare primare, dacă mijloacele bacteriene au fost folosite pe neașteptate, pot constitui 30–50% din numărul persoanelor care s-au aflat în raionul dat. La aceste pierderi, peste un timp oarecare, se pot adăuga și pierderile sanitare tardive – 15–20% (prin contact) și atunci pierderile sanitare prin armă bacteriologică pot atinge 50–65%.

Dacă se cunoaște anticipat despre folosirea de către inamic a armei bacteriologice și protecția bacteriologică este organizată corect, pierderile sanitare pot constitui 5–10%.

Se presupune, că în unitățile care duc acțiuni de luptă în eșalonul I 60–70% din pierderile sanitare prin armă bacteriologică vor apărea în urma folosirii toxinelor bacteriene și în 30–40% – în urma folosirii agenților patogeni.

Din pierderile sanitare provocate de agenții microbieni se consideră că 20% vor prezenta bolile infecto-contagioase obișnuite și 80% – bolile infecțioase deosebit de periculoase.

Structura pierderilor sanitare poate fi redată și sub aspectul gradului de gravitate. Se consideră că, în cazul folosirii armei obișnuite, pierderile sanitare vor fi repartizate astfel:
- răniți gravi – 30%
- răniți de gravitate medie – 30%
- răniți ușor – 40%

În cazul folosirii armei nucleare, structura pierderilor sanitare după gravitate poate fi următoarea:
- răniți gravi – 30%
- răniți de gravitate medie – 40%
- răniți ușor – 30%

În cazul folosirii armei chimice, structura după gravitate poate fi:

- intoxicații grave – 30%
- intoxicații de gravitate medie – 30%
- intoxicații ușoare – 40%

În cazul folosirii armei de precizie înaltă structura pierderilor sanitare după gravitate poate fi:

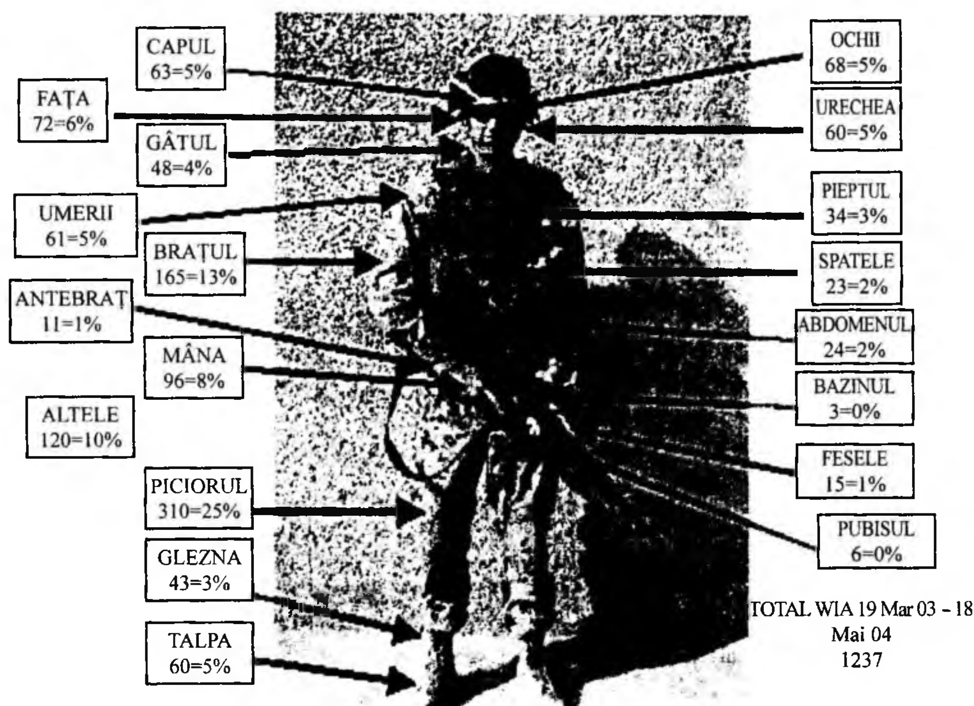
- leziuni extrem de grave ≈ 70%
- leziuni grave și de gravitate medie – 3%
- leziuni ușoare – 27%

În cel de-al Doilea Război Mondial leziuni ușoare au avut 50–60%, leziuni de gravitate medie 25–30%, leziuni grave < 15–20% din efectivul fostei Armate Sovietice.

În cazul folosirii armei de erupție în volum structura după gravitate poate fi:

- leziuni ușoare – 45%
- leziuni medii – 40%
- leziuni grave – 10%
- leziuni extrem de grave – 5%

Structura pierderilor sanitare poate fi redată și după localizarea regiunii anatomice. În figura de mai jos este prezentată mai detaliat structura pierderilor sanitare în conflictul militar din Irak (după datele literaturii de specialitate americane).



INFLUENȚA VOLUMULUI ȘI STRUCTURII PIERDERILOR SANITARE LA ORGANIZAREA ASIGURĂRII MEDICALE A TRUPELOR ÎN CAMPANIE

După cum s-a menționat, volumul şi structura pierderilor sanitare reprezintă unul dintre factorii principali, care influenţează considerabil organizarea asigurării medicale a trupelor.

Volumul ajutorului medical la etapele medicale, necesitatea în forţe şi mijloace de adunare şi evacuare a răniţilor şi bolnavilor, de acordare a ajutorului medical şi tratamentului, dar și în materiale medicale se găsesc în dependență directă de valoarea pierderilor sanitare.

În condiţii concrete ale situaţiei de luptă corelaţia dintre diferite tipuri de armament folosit de către inamic poate fi diferită.

În unele cazuri va fi preluată arma nucleară, în altele - arma chimică, iar în alte cazuri mijloacele de nimicire în masă nu vor fi folosite. În asemenea condiţii volumul și structura pierderilor sanitare poate fi foarte diversă.

Prin urmare, când se calculează pierderile sanitare (mai ales structura), în primul rând este necesar de a determina structura lor prin diferite feluri de arme şi apoi se calculează volumul total al pierderilor sanitare.

La baza analizei structurii pierderilor sanitare se determină caracterul măsurilor de tratament şi evacuare a răniţilor și bolnavilor, structura rețelei de paturi, necesitatea în diverse tipuri de materiale medicale etc.

De aceea, în perioada planificării asigurării medicale a unităților şi marilor unităţi în acțiunile de luptă aşteptate o deosebită semnificaţie are calculul volumului şi structurii pierderilor sanitare posibile.

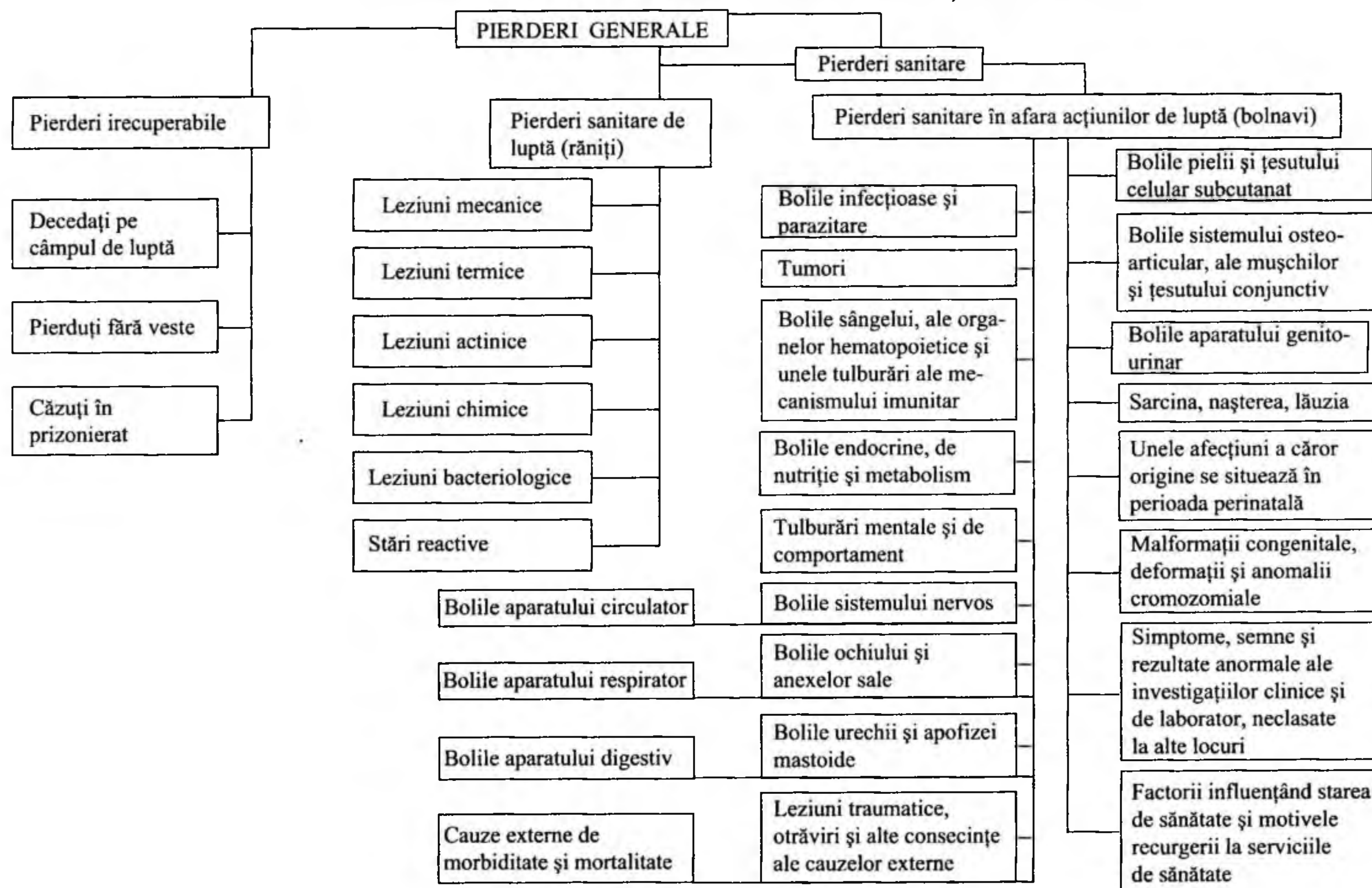
Perfecționarea în continuu a armamentului și tehnicii militare se efectuează pe calea ridicării puterii de nimicire, mobilității și protecției. În timpul folosirii acestuia apar pierderi sanitare în masă în timp scurt cu o structură complicată şi diferită a pierderilor sanitare.

Un procent considerabil constituie leziunile combinate, combustiile, deteriorarea organelor interne, fracturile multiple, boala actinică etc. În caz de leziuni multiple şi mai ales combinate sporește gravitatea prin acțiunea lor reciprocă.

Cunoașterea volumului și structurii pierderilor sanitare posibile de către medicii militari contribuie la planificarea și organizarea asigurării ajutorului medical, la repartizarea mai rațională a medicilor specialiști și materialelor medicale.

Schema 2

CLASIFICAREA PIERDERILOR GENERALE ŞI SANITARE



Capitolul IV.
ASIGURAREA TRATAMENTULUI ŞI EVACUĂRILOR MEDICALE ÎN CAMPANIE

Tratamentul şi evacuările medicale reprezintă una dintre sarcinile importante ale serviciului medical în campanie, constituind o parte componentă a asigurării medicale a trupelor. Măsurile de tratament şi evacuare conţin:

- căutarea la timp a răniţilor şi bolnavilor pe câmpul de luptă şi acordarea cât mai urgentă a primului ajutor;
- scoaterea lor de pe câmpul de luptă (din focarele de pierderi sanitare) şi evacuarea la etapele de evacuare medicală;
- primirea, triajul medical, tratarea sanitară (specială), acordarea ajutorului medical necesar răniţilor şi bolnavilor, pregătirea lor pentru evacuarea ulterioară sau tratament definitiv, reabilitarea medicală şi expertiza medico-militară.

Formele şi metodele de tratament şi evacuare folosite la trupe în mare măsură sunt legate de condiţiile social-economice, gradul de dezvoltare al armamentului şi tehnicii militare, caracterul şi metodele operaţiilor militare, gradul de dezvoltare al artei şi medicinei militare (P.A. Dumitrescu, 1965; L.F. Gladkin, 1982). În istoria războaielor se întâlnesc diverse forme şi metode de organizare a tratamentului şi evacuării răniţilor şi bolnavilor. Însă analiza ştiinţifică face posibilă gruparea lor în două sisteme principale: tratamentul şi evacuările. Aceste două sisteme, părţi componente ale unui complex de măsuri aveau tendinţe contradictorii. Astfel, sistemul care se baza pe organizarea tratamentului răniţilor şi bolnavilor cât mai aproape de câmpul de luptă a fost denumit sistem de tratament pe loc. Al doilea, numit sistem de evacuare, dimpotrivă, prevedea organizarea tratamentului răniţilor şi bolnavilor cât mai departe de câmpul de luptă – în spatele frontului.

Sistemul de tratament pe loc era folosit în războaiele secolelor XVI-XVIII. În acele timpuri trupele acţionau în dispozitive slab mobile, cu puterea de lovitură redusă. Metodele de diagnostic şi tratament, căile şi mijloacele de evacuare erau primitive. Răniţii şi bolnavii erau trataţi pe loc în formaţiunile medico-militare instalate în apropierea câmpului de luptă sau în satele şi oraşele din apropiere. Excepţii se făceau numai pentru personalul trupelor ce făcea parte din păturile înalte ale societăţii – el era evacuat în cele mai dese cazuri la domiciliu.

Acest sistem, după cum se vede, nu se baza pe cerinţele medicinei militare (slab dezvoltate), dar corespundea caracterului operaţiilor militare. Numărul pierderilor sanitare nu necesita folosirea pe larg a evacuărilor medicale, deşi tendinţa era de a trata răniţii şi bolnavii pe loc în cel mai scurt timp. Acest fapt scutea pacientul de traumatisme inevitabile în timpul transportării.

Odată cu creşterea numărului personalului trupelor implicate în acţiuni militare, perfecţionarea armamentului şi a tehnicii militare, caracterul ridicat de

manevră al trupelor şi operaţiilor militare, creşterea considerabilă a pierderilor sanitare, apariţia multor obstacole în organizarea tratamentului pe loc sporeşte şi importanţa sistemului de evacuare. La dezvoltarea sistemului de evacuare a contribuit şi perfecţionarea mijloacelor de evacuare medicală, care permiteau transportări masive de răniţi şi bolnavi în timp scurt şi condiţii mult mai favorabile. Necesitatea evacuărilor medicale era confirmată şi de savantul N. Pirogov: răniţii trebuie cât mai repede scoşi de pe câmpul de luptă pentru acordarea ajutorului medical solicitat şi evacuaţi în afara zonei operaţiilor militare cu scopul eliberării locurilor pentru alţi răniţi şi bolnavi (N. Pirogov, 1879). Evacuarea este o măsură necesară, dar impusă. Ea acţionează nefavorabil nu numai la evoluţia rănii, dar şi prin acordarea asistenţei medicale din partea mai multor medici şi lucrători medicali auxiliari (N.I. Zavalisin, 1960).

În timpul Primului Război Mondial evacuarea medicală a fost ruptă de la tratament, se efectua fără a ţine cont de starea răniţilor şi volumul ajutorului medical solicitat. Evacuările medicale erau conduse de comandanţii de oşti, personalul medical îndeplinea numai măsurile de tratament. Răniţii şi bolnavii în aceste condiţii timp de o zi treceau câteva puncte medicale, între care nu exista nicio interacţiune şi succesivitate.

Toate aceste laturi negative ale sistemului de evacuare au solicitat cercetări insistente pentru elaborarea formelor şi metodelor noi de tratament şi evacuare, care ar fi redus la minimum efectele nefavorabile.

A fost propus tratamentul pe etape (etape – oprire, Franţa), care trebuia să lichideze ruperea dintre tratament şi evacuare, unindu-le într-un proces unic (V.A. Oppel, 1916). Ca etape medicale erau numite punctele medicale şi instituţiile curative instalate pe căile de evacuare medicală cu scopul acordării ajutorului medical şi tratamentului răniţilor şi bolnavilor. V.A. Oppel în lucrarea sa „Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии" (1917) scria: „Prin tratament pe etape eu înţeleg aşa tratament, care nu întrerupe evacuarea şi în care ea este ca o latură componentă". Esenţa sistemului de tratament pe etape constă în fracţionarea ajutorului medical şi acordarea lui consecutivă la formaţiunile medicale instalate pe căile de evacuare. El era organizat după tipul de „drenaj" – răniţii şi bolnavii erau trecuţi prin toate punctele şi formaţiunile medicale de pe căile de evacuare, indiferent de ajutorul medical necesar şi de afecţiunea suportată. Acest fapt acţiona negativ asupra stării pacienţilor şi cerea perfecţionarea sistemului de tratament, care pe acele timpuri era „contemporan".

În acest context V.A. Oppel în anul 1917 a propus de a specializa spitalele militare după tipurile de leziuni. El afirma că este convenabil de a concentra răniţii în abdomen într-un spital, iar răniţii în torace – în altul. Această idee a

fost aplicată în practică de chirurgul-consultant al armatei Rusiei N.N. Burdenco în timpul Primului Război Mondial: au fost create infirmierii specializate pentru tratamentul răniţilor în craniu, torace şi abdomen.

B.C. Leonardov (1925) a determinat principiile de bază ale perfecţionării sistemului de tratament pe etape: acordarea ajutorului medical la timp, în mod consecutiv şi respectarea succesivităţii acestei asistenţe. Totodată nu este strict obligatorie trecerea răniţilor şi bolnavilor prin toate etapele de evacuare medicală dacă este posibilă transportarea lor la acea etapă, în care pacientul va primi ajutorul medical necesar conform indicaţiilor medicale. Apare cerinţa separării răniţilor şi evacuării lor în funcţie de ajutorul medical necesar, adică evacuarea după destinaţie, care a contribuit la crearea formaţiunilor medico-militare specializate.

Prin urmare, în ajunul celui de-al Doilea Război Mondial s-a determinat noul sistem de tratament pe etape cu evacuarea după destinaţie. Această tactică de tratament permitea serviciului medical să evacueze din zonele de acţiuni militare o mare parte din răniţii gravi, redislocarea formaţiunilor medico-militare după trupe pentru acordarea la timp a ajutorului medical răniţilor (W.P. Winker, 1986).

Sistemul contemporan de tratament pe etape cu evacuare după destinaţie

Esenţa sistemului contemporan de tratament şi evacuare la trupe constă în efectuarea măsurilor de tratament la timp, în mod consecutiv şi cu respectarea succesivităţii la etapele medicale, asocierea acestora cu evacuarea răniţilor şi bolnavilor în formaţiunile medico-militare specializate în conformitate cu indicaţiile medicale (după destinaţie) şi ţinând cont de situaţia concretă de luptă şi medicală (V.F. Buşkin, I. Dediu, 1989). În baza acestui sistem stau următoarele principii:

1. Acordarea ajutorului medical la timp:
   - organizarea rapidă şi neîntreruptă a adunării şi scoaterii răniţilor de pe câmpul de luptă (din focarele de pierderi sanitare în masă);
   - transportarea cât mai rapidă la etapele medicale;
   - organizarea corectă a lucrului etapei de tratament şi evacuare;
   - apropierea la momentul necesar a etapelor medicale de trupe şi deplasarea lor spre raioanele de pierderi sanitare în masă.
2. Fracţionarea ajutorului medical acordat răniţilor şi bolnavilor la etapele medicale.
3. Acordarea ajutorului medical în mod consecutiv:
   - fracţionarea ajutorului medical şi sporirea consecutivă a volumului la etapele medicale (acordarea ajutorului medical de la simplu la compus);
   - fermitatea îndeplinirii documentelor de evidenţă medicală.

4. Respectarea succesivităţii în tratamentul răniţilor şi bolnavilor:
- interpretarea unică a proceselor patologice la răniţi şi bolnavi;
- aplicarea metodelor identice de profilaxie şi tratament;
- fermitatea îndeplinirii documentelor de evidenţă medicală.

5. Reducerea maximal posibilă a numărului de etape medicale pentru acordarea la timp a ajutorului medical calificat şi specializat.
6. Evacuarea răniţilor şi bolnavilor după destinaţie.
7. Specializarea pe larg a instituţiilor curative.

Aceste criterii au însemnătate deosebită. De faptul cum ele se îndeplinesc în mare măsură depinde salvarea vieţii, prevenirea complicaţiilor grave şi prognosticul pentru rănit şi bolnav.

N.I. Pirogov (1879), analizând războiul ruso-turc din 1877–1878, a propus crearea grupelor medico-militare cu transport sanitar pentru evacuarea timpurie a răniţilor. Un rol deosebit se atribuie şi cursurilor de acordare a primului ajutor pentru ostaşi (L.M. Kaufman, 1984).

Letalitatea răniţilor depinde la modul direct de timpul acordării ajutorului medical şi evacuării lor (R.F. Bellamy, 1985). În timpul Războiului pentru Apărarea Patriei (1941–1945) termenul mediu de acordare a primului ajutor era de 1–1,5 ore, primului ajutor medical - de 4–6 ore şi ajutorului medical calificat - de 13,8 ore (E. Smirnov, 1979). În războaiele din Afganistan (1979–1989), Coreea (1950–1953) şi Vietnam (1964–1973) perioada acordării primului ajutor medical răniţilor constituia corespunzător 2–3, 2–4 şi 1–2 ore, iar cea a asistenţei medicale calificate şi specializate - 6,1; 6,3 şi 2–3 ore (E.A. Neceaev, 1992). Reducerea numărului de etape medicale şi micşorarea termenelor de acordare a ajutorului medical calificat şi specializat a sporit viabilitatea răniţilor de 4–8 ori în comparaţie cu cea din Primul şi cel de-al Doilea Război Mondial. Folosirea transportului aerian pentru evacuarea răniţilor micşorează evident termenul acordării ajutorului medical, mortalitatea şi invaliditatea răniţilor (N.E. Lesenco, 1986; E.A. Neceaev, 1992). Primul ajutor pe câmpul de luptă trebuie acordat în primele 30 min., iar în primele 6 ore rănitul trebuie adus la formaţiunea medico-militară pentru acordarea ajutorului medical specializat (W.P. Winker, 1987).

Funcţionarea sistemului contemporan de tratament pe etape cu evacuarea după destinaţie se bazează pe doctrina medicală de campanie, formulată de E.I.Smirnov la Plenara a V-a a consiliului sanitar militar în anul 1942. Esenţa doctrinei constă în interpretarea unică a proceselor patologice la răniţi şi bolnavi, unificarea principiilor chirurgicale şi terapeutice de lucru, unificarea metodelor de profilaxie şi tratament, succesivitatea în efectuarea măsurilor medicale la diferite etape medicale şi fermitatea îndeplinirii documentelor medicale.

Sistemul contemporan de tratament pe etape cu evacuare după destinație prevede fracționarea ajutorului medical acordat răniților și bolnavilor în mai multe tipuri. Sunt prevăzute următoarele tipuri de ajutor medical: primul ajutor, ajutorul premedical, primul ajutor medical, ajutorul medical calificat și ajutorul medical specializat. Prin tip de ajutor medical se înțelege o enumerare concretă de măsuri curativ-profilactice răniților și bolnavilor pe câmpul de luptă ori la etapa medicală concretă.

Primul ajutor este acordat pe câmpul de luptă (în focarul de pierderi sanitare) prin autoajutor, ajutor reciproc, ajutor din partea sanitarilor sau instructorilor sanitari. Scopul primului ajutor constă în efectuarea celor mai simple măsuri medicale pentru salvarea vieții răniților și prevenirea complicațiilor grave.

Măsurile primului ajutor prevăd:

- aplicarea pansamentului pe plagă;
- hemostaza provizorie prin pansament compresiv sau prin garou;
- imobilizarea provizorie a fracturilor;
- calmarea durerii;
- administrarea antidoților în intoxicațiile cu substanțe toxice;
- respirația artificială;
- masajul cardiac extern;
- aplicarea măștii contra gazelor în teren contaminat;
- tratarea sanitară parțială, când este cazul.

Termenul optim de acordare a primului ajutor este primele 30 minute după rănire. Se acordă acest ajutor utilizând materialele de protecție medicală individuale ale ostașilor, materiale improvizate, cât și materialele medicale aflate la dotarea instructorilor sanitari și sanitarilor.

Ajutorul premedical este acordat de felcerul batalionului la punctul medical al batalionului sau la punctul medical al regimentului, dacă n-a fost acordat la punctul medical al batalionului. Scopul – completarea și corijarea măsurilor primului ajutor.

Măsurile ajutorului premedical prevăd:

- înlăturarea asfixiei (toaleta cavității bucale, când e necesar de a introduce tubul S, inhalarea oxigenului, ventilația artificială a plămânilor);
- controlul aplicării garoului;
- corectarea sau refacerea pansamentelor prost aplicate;
- calmarea durerii;
- corectarea imobilizării fracturilor;
- repetarea administrării antidoților (după necesitate);
- repetarea tratării sanitare parțiale (după necesitate);
- încălzirea răniților și bolnavilor în caz de temperatură scăzută a aerului atmosferic;

- administrarea preparatelor cardiotonice şi de stimulare a respiraţiei.

Termenele optime de acordare a ajutorului premedical sunt primele 2-3 ore după rănire ori îmbolnăvire.

Primul ajutor medical se acordă de medicii cu pregătire generală la punctele medicale ale regimentelor, brigăzilor sau în detaşamentul medical independent, dacă acest ajutor n-a fost acordat la nivel de regiment, brigadă. În cazul când batalioanele sunt încadrate cu medici, primul ajutor medical se va acorda la punctul medical al batalionului.

Scopul primului ajutor medical este de a preveni infectarea plăgilor, de a preveni şi combate şocul, de a lua măsuri pentru oprirea hemoragiilor, combaterea asfixiilor, convulsiilor şi tuturor manifestărilor morbide, care ameninţă viaţa bolnavilor şi răniţilor. Volumul primului ajutor medical se împarte în două grupe: măsuri urgente, realizate în situaţiile când viaţa rănitului sau bolnavului este ameninţată, şi măsuri care pot fi amânate, ce nu prezintă o ameninţare imediată a vieţii şi care pot fi realizate la o etapă medicală superioară.

Măsurile de urgenţă prevăd:

- înlăturarea asfixiei (aspiraţia conţinutului mucos şi sangvinolent din căile respiratorii superioare, introducerea tubului aerifer, suturarea limbii, rezecţia ori suturarea lamboului liber al palatului moale şi părţilor laterale ale faringelui, aplicarea traheotomiei, ventilarea artificială a plămânilor, aplicarea pansamentului ocluziv în caz de pneumotorax deschis, puncţia pleurei ori toracocenteza în caz de pneumotorax cu supapă);
- măsuri antişoc (transfuzia sângelui (mai rar) şi substituenţilor lui în caz de hemoragii masive (restituirea volumului circulator al sângelui), efectuarea blocajului novocainic (de toate tipurile), administrarea substanţelor analgezice şi cardiotonice);
- înlăturarea unui membru zdrobit, care atârnă într-un lambou de ţesuturi moi;
- cateterizarea sau puncţia vezicii urinare în caz de retenţie de urină;
- măsuri orientate spre înlăturarea desorbţiei substanţelor toxice de echipament (îmbrăcăminte) ce dau posibilitate de a scoate masca antigaz la răniţii aduşi din focarele chimice (tratarea sanitară parţială, schimbul echipamentului etc.);
- administrarea antidoţilor, substanţelor anticonvulsive, bronhodilatatoare şi spasmolitice;
- degazarea plăgii în caz de contaminare cu substanţe toxice persistente;
- spălături gastrice prin intermediul sondei gastrice în caz de pătrundere a substanţelor toxice în stomac;
- administrarea serului antitoxic în caz de intoxicaţie cu toxine bacteriene şi în caz de folosire a armei bacteriologice.

Măsurile care pot fi amânate:

- înlăturarea neajunsurilor primului ajutor, ajutorului premedical (corectarea pansamentului şi a imobilizării pentru transport);
- refacerea pansamentului în caz de contaminare a plăgii cu substanţe radioactive;
- efectuarea blocajului novocainic în caz de leziuni de gravitate mijlocie;
- administrarea antibioticelor şi sero-profilaxia tetanosului în caz de traumatisme deschise şi combustii;
- administrarea diferitor remedii simptomatice în stări ce nu ameninţă viaţa rănitului ori bolnavului.

Termenii optimi de acordare a primului ajutor medical sunt primele 4–6 ore după rănire (îmbolnăvire).

Ajutorul medical calificat (chirurgical şi terapeutic) se acordă de către medicii chirurgi (chirurgie generală) şi medicii internişti (terapie generală) la detaşamentul medical independent, spitalul militar de campanie, spitalul militar de garnizoană.

Scopul ajutorului medical calificat este de a preveni şi înlătura manifestările morbide, care ameninţă viaţa răniţilor şi bolnavilor, de a preveni complicaţiile şi de a crea condiţii cât mai favorabile pentru tratamentul care urmează.

Întregul volum al ajutorului medical calificat chirurgical poate fi împărţit în trei grupe de măsuri. Din prima grupă fac parte măsurile urgente, de care depinde viaţa rănitului, bolnavului în cazul când ele nu se efectuează la etapa respectivă. În această grupă intră toate intervenţiile chirurgicale cu indicaţie vitală cum ar fi:

- înlăturarea asfixiei şi restabilirea respiraţiei de sine stătător;
- hemostaza definitivă în caz de hemoragie externă şi internă;
- tratamentul complex al şocului traumatic;
- intervenţiile chirurgicale şi tratamentul complex al infecţiei anaerobe;
- prelucrarea chirurgicală şi închiderea toracelui în caz de pneumotorax deschis, toracocenteza în caz de pneumotorax cu supapă;
- laparotomia în caz de rănire perforativă şi traumatism închis al abdomenului cu lezarea organelor interne, lezarea vezicii urinare intraperitoneale şi a rectului;
- amputarea membrului zdrobit;
- craniotomia decompresivă în caz de traumatisme cerebrale însoţite de compresiunea creierului;
- prelucrarea chirurgicală a fracturilor oaselor tubulare cu leziuni masive ale ţesuturilor moi.

Măsurile care pot fi amânate (de urgenţa a II-a):

- aplicarea fistulei suprapubiene în caz de leziune a uretrei fără leziuni masive ale ţesuturilor moi;
- recuperarea circulaţiei sângelui în arterele magistrale ale membrelor;
- necrotomia în caz de combustii circulare profunde ale toracelui şi membrelor, care nu ameninţă dereglarea respiraţiei şi circulaţia sângelui;
- amputarea membrului în caz de necroză ischemică;
- prelucrarea chirurgicală primară a plăgii contaminate cu substanţe toxice şi radioactive şi a plăgilor cu leziuni masive ale ţesuturilor moi.

Măsurile care pot fi amânate fără a expune răniţii la complicaţii grave (de urgenţa a III-a):

- prelucrarea chirurgicală primară a plăgilor ţesuturilor moi;
- prelucrarea chirurgicală primară a combustiilor;
- legarea prin suturare a dinţilor în caz de fractură a mandibulei cu defect al ţesuturilor moi;
- aplicarea suturii prin fâşie pe plăgile cu lambou ale feţei.

În situaţia când se impune reducerea temporară a volumului ajutorului medical calificat chirurgical se reduc întâi măsurile din grupa a treia şi apoi cele din grupa a doua.

Măsurile ajutorului medical calificat terapeutic se împart în două grupe: măsurile de urgenţă şi măsurile care pot fi amânate.

Măsurile de urgenţă includ:

- tratamentul complex al insuficienţei acute cardiovasculare, hepatice, renale, cardiopulmonare;
- oxigenoterapia şi ventilaţia artificială a plămânilor în caz de asfixie;
- tratamentul complex al edemului toxic al plămânilor;
- administrarea antidoţilor şi serului antibotulinic;
- administrarea substanţelor desensibilizatoare, anticonvulsive, antivomitive şi bronholitice;
- administrarea tranchilizantelor şi neurolepticelor în stările reactive.

Măsurile care pot fi amânate:

- administrarea antibioticelor şi sulfanilamidelor în scop profilactic;
- hemotransfuzii cu scop de substituire;
- administrarea substanţelor medicamentoase simptomatice, vitaminoterapia;
- proceduri fizioterapeutice.

Termenii optimi de acordare a ajutorului medical calificat sunt primele 10–12 ore după rănire (îmbolnăvire).

Ajutorul medical specializat este forma superioară de ajutor medical, care se acordă de către medicii specialişti în diferite ramuri (specialităţi) chirurgicale şi de medicina internă în spitalele militare specializate, care dispun de instrumentar, aparatură de specialitate şi medicamentele necesare.

Termenii optimi de acordare a ajutorului medical specializat sunt primele 24 ore după rănire (îmbolnăvire).

Acordarea ajutorului medical răniţilor şi bolnavilor (cu excepţia primului ajutor şi ajutorului premedical), tratamentul lor se efectuează la punctele medicale şi în instituţiile sanitare, care sunt dispuse pe căile de evacuare într-o anumită succesiune. Aceste puncte medicale şi instituţii medicale poartă denumirea de etape medicale. Putem spune deci, că prin etape medicale înţelegem totalitatea forţelor şi mijloacelor serviciului medical, dispuse pe căile de evacuare, care au misiunea de a primi şi tria răniţii şi bolnavii, de a efectua tratarea specială ori sanitară, de a le acorda ajutorul medical conform indicaţiilor medicale şi de a-i pregăti pentru evacuarea mai departe către spatele frontului ori de a efectua tratamentul până la rezultatul definitiv.

Volumul ajutorului medical stabilit pentru o etapă medicală se poate schimba temporar, în funcţie de condiţiile concrete ale situaţiei de luptă, de volumul pierderilor sanitare, de forţele şi mijloacele de care dispune serviciul medical pentru a acorda un anumit tip de ajutor medical, de posibilităţile de evacuare (situaţie medicală).

Reducerea volumului ajutorului medical la o anumită etapă medicală duce implicit la modificarea volumului ajutorului medical la etapa următoare şi uneori chiar la schimbarea tipului de ajutor medical (Petre A. Dumitrescu, 1965).

Prin **volumul ajutorului medical la o etapă dată** înţelegem totalitatea măsurilor de tratament şi profilaxie, care se execută la această etapă răniţilor şi bolnavilor în raport de starea sănătăţii acestora (indicaţiile medicale), situaţia medicală şi de luptă concret creată. Volumul ajutorului medical poate fi deplin (se îndeplinesc măsurile de urgenţă şi cele care pot fi amânate), în volum redus (se îndeplinesc măsurile de urgenţă).

Este necesar să precizăm, că volumul ajutorului medical determină latura calitativă a activităţii la o etapă medicală. Volumul activităţii medicale la o etapă medicală exprimă latura cantitativă a activităţii la această etapă şi se subînţelege numărul de răniţi şi bolnavi cărora li s-a acordat ajutor la etapa respectivă (au fost primiţi, triaţi, trataţi sanitar ori special şi cărora li s-a acordat ajutorul specific acestei etape şi au fost pregătiţi pentru evacuare).

În condiţii de campanie etapele medicale pot fi reprezentate de punctele medicale ale batalionului, regimentului, brigăzii, spitalele militare de campanie, detaşamentele medicale independente, iar în unele cazuri (condiţiile medico-geografice) şi de spitalele civile şi de garnizoană.

Fiecare etapă medicală are particularităţile ei în ceea ce priveşte modul de organizare a activităţii, tipul de ajutor medical acordat, volumul ajutorului medical şi numărul de răniţi şi bolnavi pe care-i poate asigura într-un anumit timp, adică volumul de activitate.

Aceste particularități depind de locul fiecărei etape în sistemul de tratament și evacuare, de forțele și mijloacele de care dispune. Astfel, deosebim etape prespitalicești și etape spitalicești. Ca etape prespitalicești pot fi: punctul medical al batalionului (încadrat cu medic), punctul medical al regimentului, punctul medical al brigăzii, detașamentul medical independent (în unele condiții). Acestor formațiuni medicale le revin îndeplinirea următoarelor misiuni: primirea răniților și bolnavilor, executarea tratării sanitare ori speciale (după necesitate), acordarea primului ajutor medical ori premedical dacă acesta n-a fost acordat, pregătirea răniților și bolnavilor către evacuarea de mai departe ori tratamentul temporar, completarea documentelor de evidență medicală (fișa primară a rănitului).

Ca etape spitalicești pot fi: detașamentul medical independent (în unele cazuri), spitalele militare de campanie, spitalele civile și de garnizoană (în unele cazuri). Acestor formațiuni medicale le revine îndeplinirea următoarelor misiuni: primirea răniților și bolnavilor, executarea triajului medical, tratarea sanitară (specială) după necesitate, acordarea ajutorului medical calificat, specializat, tratamentul, reabilitarea medicală, expertiza medico-militară, completarea documentelor medicale.

Pentru îndeplinirea misiunilor sus-numite atât etapele prespitalicești cât și cele spitalicești instalează în teren subunități funcționale corespunzătoare etapei, însă în toate cazurile etapa medicală trebuie să dispună de următoarele subunități (*schema 3*): pentru primire și triaj medical, pentru tratare sanitară ori specială, pentru izolare temporară, pentru acordarea ajutorului medical, pentru tratament, pentru pregătirea către evacuarea de mai departe. În afară de aceste elemente funcționale, fiecare etapă medicală trebuie să mai dispună de adăposturi pentru personal, farmacie, laborator, bucătărie, depozite, teren pentru aterizare (dislocare) a avioanelor (elicopter).

La alegerea locului pentru dispunerea unei etape medicale trebuie să se țină seama de o serie de condiții concrete ale situației de luptă. Este important ca ele să fie dislocate în apropierea căilor de aprovizionare și evacuare, la o distanță de siguranță de obiectivele ce prezintă ținta pentru inamic, în locuri unde se poate asigura mascarea, paza și apărarea, de asemenea prezența surselor de apă potabilă.

Pe căile ce duc spre etapele medicale sunt instalate indicatoare (vizibile ziua și noaptea), iar în cazuri necesare sunt instalate pichete de regulare. Despre locul (în raionul) de dispunere a etapelor medicale la timp se raportează șefului serviciului medical superior și sunt informate formațiunile medicale inferioare.

O importanță deosebită în sistemul de tratament și evacuare la trupe în campanie are **triajul medical,** care prezintă o repartizare a răniților și bolnavilor

pe grupe în raport cu necesitățile în acordarea măsurilor omogene de tratament, profilaxie şi evacuare, conform indicaţiilor medicale şi volumului ajutorului medical stabilit la etapa medicală.

Conform datelor literaturii de specialitate elemente ale triajului medical în campanie au fost aplicate de medicul-şef al armatei lui Napoleon J. Larrey (1766–1842), care a fost creditat cu inventarea acestui termen, derivat din francezul *trier*, iar folosirea lui s-a făcut iniţial în mediul militar.

Pentru prima dată triajul medical în condiţii de campanie a fost introdus pe larg în Rusia de către marele chirurg rus Pirogov N.I. (1810–1881) în războiul din Crimeea (1853–1856).

În aşa fel, el, după cum afirma mai târziu, primul a introdus triajul medical la punctele de pansamente dislocate în Sevastopol şi a nimicit haosul care domina aici.

Caracterizând sistemul de tratament pe etape, Oppel V.A. (1916) a arătat că triajul medical este ca piatra de temelie a întregii construcţii.

Rolul important al triajului medical în realizarea sistemului de tratament pe etape a fost confirmat şi de Leonardov B.C. (1925), după care cunoaşterea teoretică şi practică a triajului medical are pentru medici aceeaşi importanţă ca şi cunoştinţele necesare în stabilirea diagnosticului.

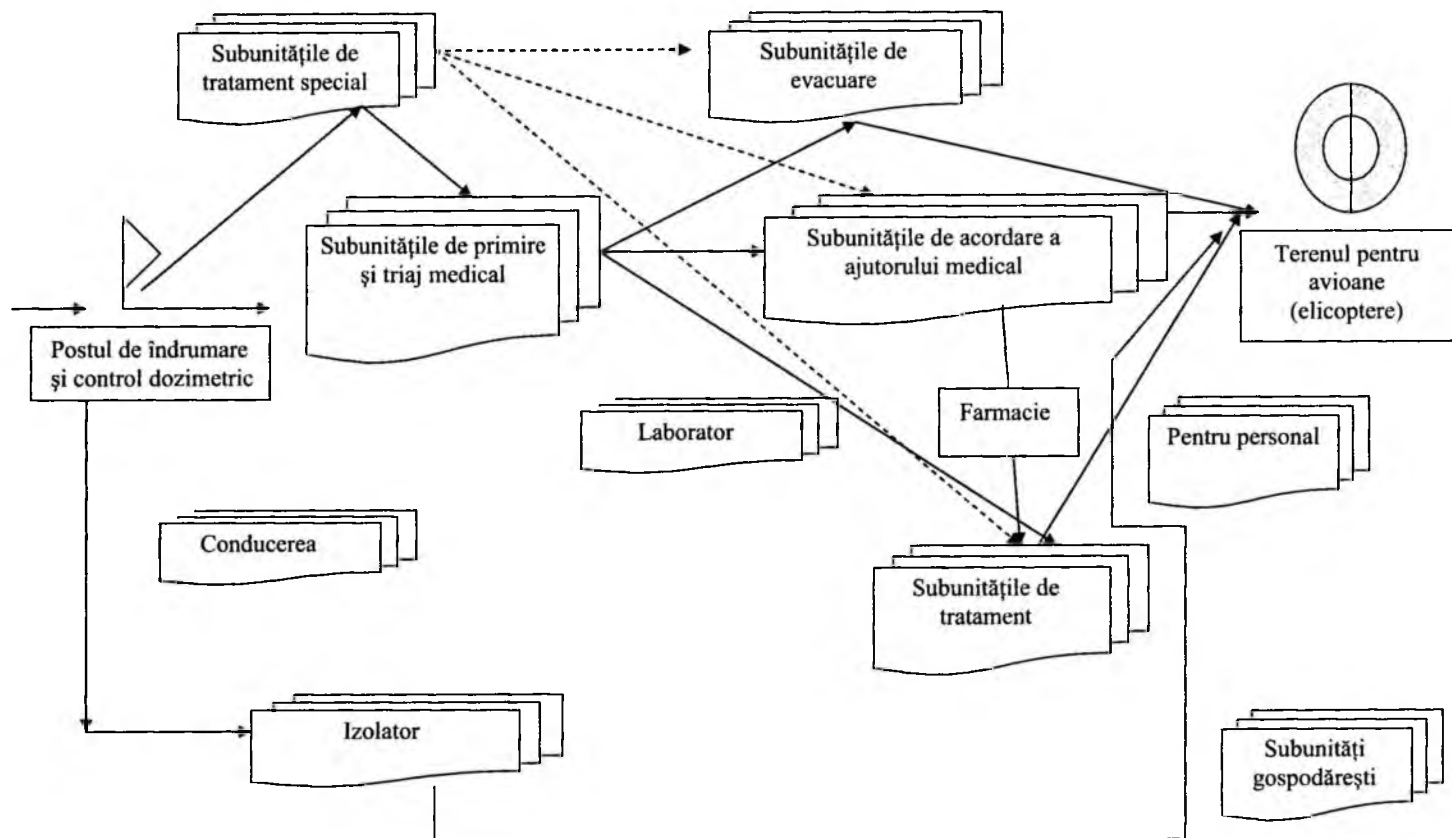
Teoria şi practica triajului medical au stat la baza organizării şi efectuării măsurilor de tratament şi evacuare în timpul celui de-al Doilea Război Mondial (1939–1945) şi în războaiele şi conflictele militare ale secolului XX. Această problemă a preocupat mulţi savanţi medico-militari din lume: Smirnov E.I., 1979; Lobanov G.P., 1984; Neciaev E.A., 1990 (Rusia); Eagles T.E., 1986; Wiener S.L., 1986; Korenyi-Both A.L., 1992; Bellamz R.F., 1985 (SUA); Korver A.J., 1987 (Niderlanda); Rozin R.R., 1988 (Israel); Weissbrod R., 1989 (Franţa); Niculescu Dan, Lupescu Oliver, Rădulescu Vlad, 1990 (România).

Studiul efectuat de către aceşti savanţi a dovedit, că triajul medical este unica metodă de rezolvare a situaţiilor legate de acordarea ajutorului medical unui număr mare de răniţi şi bolnavi aduşi la etapele medicale într-un timp relativ scurt, în acelaşi timp fiind o metodă administrativă de acţiune a cadrului medical şi o condiţie importantă în realizarea optimă a sistemului de tratament şi evacuare la trupe în campanie. Este necesar de a accentua că prognosticul rănirii ori îmbolnăvirii în mare măsură depinde de efectuarea calitativă şi la timp a triajului medical la etapele medicale.

Triajul medical este efectuat la fiecare etapă medicală şi în toate subunităţile funcţionale ale etapei în raport cu misiunile pe care le are etapa medicală şi subunităţile funcţionale.

Schema 3

SCHEMA PRINCIPIALĂ DE INSTALARE A ETAPEI MEDICALE



Se efectuează de obicei după următoarele semne (criterii):
- pericolul pe care îl prezintă răniții și bolnavii pentru cei din jur;
- necesitatea în acordarea ajutorului medical;
- necesitatea în evacuarea medicală.

În toate cazurile triajul medical trebuie de început cu repartizarea întregului torent de răniți și bolnavi în două grupe:
- răniții și bolnavii care prezintă pericol pentru cei din jur (contaminați cu substanțe toxice, radioactive, bacteriene, în stări reactive) sunt îndreptați spre compartimentele de tratare specială, izolatoare, iar în unele cazuri – în psihoizolatoare;
- răniții și bolnavii care nu prezintă pericol pentru cei din jur sunt îndreptați la compartimentul de triaj.

După necesități în acordarea ajutorului medical răniții, bolnavii se repartizează:
- răniții și bolnavii care necesită ajutor medical la etapa medicală dată;
- răniții și bolnavii care nu necesită ajutor medical la etapa medicală dată;
- răniții și bolnavii care au traume (răniri) sau îmbolnăviri incompatibile cu viața (în stare de agonie).

Mai departe în urma triajului medical în grupa răniților și bolnavilor care necesită ajutor medical la etapa medicală dată se determină secția funcțională unde va fi acordat ajutorul medical și ordinea acordării acestui ajutor medical (**triajul medical în cadrul formațiunii**).

În grupa răniților și bolnavilor care nu necesită ajutor medical la etapa medicală dată și acelor care au primit ajutor la etapa dată și necesită evacuare se determină: unde, în ce formațiuni medicale, cu ce transport, în care ordine, în ce poziție trebuie evacuat rănitul ori bolnavul (**triajul de evacuare și transport**). Este necesar de asemenea de a stabili necesitatea prezenței însoțitorului medical în timpul evacuării lor.

După necesitatea în evacuarea medicală răniții și bolnavii se repartizează pe grupe:

supuși evacuării la etapele următoare;
- supuși lăsării la etapa dată pentru tratamentul definitiv ori temporar netransportabili;
- supuși întoarcerii în unități.

În practică aceste două tipuri de triaj (**în cadrul formațiunii, de evacuare și transport**) pot fi efectuate în același timp de una și aceeași echipă de triaj.

Sarcina de triaj la fiecare etapă medicală se dă de obicei unuia sau câtorva din cei mai experimentați medici. Echipa de triaj este constituită din:
- un medic (cu studii superioare);
- două cadre medicale cu studii medii;
- doi registratori.

În ajutorul echipei de triaj se repartizează o echipă de sanitari-brancardieri.

Triajul medical este efectuat în baza determinării diagnosticului și prognosticului și de aceea el poartă caracter de diagnostic și de prognostic. Pentru fixarea rezultatelor triajului medical la etapele medicale sunt folosite **mărcile de triaj** și sunt efectuate înregistrări în **documentele medicale** care însoțesc rănitul ori bolnavul.

Mărcile de triaj (etichetele) sunt:

- culoarea **roșie** – pentru răniții și bolnavii care necesită asistență medicală urgentă;
- culoarea **galbenă** – pentru răniții și bolnavii asistența medicală a cărora poate fi amânată;
- culoarea **verde** – pentru răniții și bolnavii ușori;
- culoarea **neagră** – pentru răniții și bolnavii care au răniri și îmbolnăviri incompatibile cu viața (stările agonale).

EVACUAREA MEDICALĂ

O parte componentă a sistemului de tratament și evacuare la trupe în campanie prezintă evacuarea medicală.

Prin evacuare medicală se înțelege un complex de măsuri orientate spre transportarea răniților și bolnavilor din raionul unde au primit rănirea ori îmbolnăvirea spre punctele medicale și instituțiile sanitare în scopul acordării la timp și în volum deplin a ajutorului medical și tratamentul lor. Numai evacuarea medicală dă posibilitate de a elibera etapele medicale de răniți și bolnavi și face posibil ca ele să se deplaseze în conformitate cu crearea situațiilor tactice și medicale pe de o parte și de a acorda răniților și bolnavilor tipul de ajutor medical necesar (în conformitate cu indicațiile medicale).

Din cele mai vechi timpuri, problema transportului răniților, de la locul producerii rănirii (câmpul de luptă) până la formațiunea de tratament la care se asigură vindecarea rănitului, a constituit o preocupare de seamă a serviciului medical al armatei.

Cu atât mai mult în războiul modern, caracterizat prin amploarea deosebită a luptelor desfășurate, prin număr mare de răniți și bolnavi apăruți în timp scurt, prin suprafețele mari de teren de pe care suntem obligați să culegem răniții și bolnavii datorită atât mobilității trupelor cât și a eficienței folosirii tot mai modernelor arme clasice și a celor de nimicire în masă, se impune serviciului medical al trupelor o minuțioasă organizare a acestei importante activități de evacuare a răniților până la formațiunile medicale care le asigură vindecarea. Rapiditatea cu care un rănit ajunge din momentul rănirii la formațiunile ce îi asigură tratamentul până la vindecare asigură un prognostic bun, o grabnică evoluție spre vindecare, spre recuperarea capacității de luptă sau de muncă.

Studiile făcute în timpul şi, în special, după cel de-al Doilea Război Mondial au permis stabilirea unor principii generale privind această problemă a asigurării medicale în timp de campanie, din care reţinem pe cel al tratamentului pe etape cu evacuarea după destinaţie, în cadrul căruia, pe măsură ce rănitul trece de la o etapă inferioară la una superioară, tratamentul se completează, se amplifică, până la acordarea întregului volum de ajutor medical necesar vindecării rănitului sau recuperării unei cât mai mari părţi din capacitatea de muncă pentru cei care devin inapţi pentru front.

Căile pe care se efectuează evacuarea răniţilor şi bolnavilor se numesc căi de evacuare şi de cele mai multe ori ele corespund cu căile de aprovizionare. Totalitatea căilor de evacuare, etapelor medicale instalate pe ele şi transportul sanitar folosit, care asigură o grupare de trupe, poartă denumirea de **direcţie de evacuare.**

Evacuarea medicală începe de la companie (de la locul de adunare a răniţilor). Transportarea răniţilor şi bolnavilor de la locul rănirii până la locul de adunare a răniţilor din cadrul companiei se numeşte scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă.

Evacuarea medicală se organizează de către şeful fiecărui eşalon medical (medicul batalionului, medicul-şef al brigăzii etc.), prin trimiterea mijloacelor de evacuare pe câmpul de luptă (la locul adunării răniţilor), la etapele medicale subordonate de unde se ridică şi se transportă răniţii şi bolnavii. Acest mod de evacuare se numeşte evacuare „spre sine".

În cazuri deosebite se poate admite evacuarea răniţilor şi bolnavilor la etapa medicală superioară cu mijloacele de transport ale etapei inferioare. Acest mod de evacuare se numeşte evacuare de „la sine" şi se efectuează numai când se dau dispoziţii în acest sens.

De asemenea, când este necesar şi posibil, evacuarea se poate face depăşind o etapă medicală. Acest mod de evacuare se numeşte evacuare „peste sine".

Începând cu etapa medicală, unde se acordă ajutorul medical calificat, evacuarea răniţilor este efectuată după destinaţie în instituţiile medico-militare specializate.

Evacuarea se efectuează folosind transportul special (sanitar) şi cel cu destinaţie generală care necesită o amenajare suplimentară.

De pe câmpul de luptă (de la locul rănirii, îmbolnăvirii) răniţii şi bolnavii se scot de către sanitari, sanitarii-brancardieri şi instructorii sanitari, folosind în acest scop diferite mijloace, aşa cum sunt: brancarda, chinga sanitară, mantaua, foaia de cort etc., aducându-i la punctul de adunare a răniţilor al companiei. În cazurile de pierderi sanitare în masă, pentru scoaterea răniţilor şi bolnavilor, comandantul subunităţii numeşte echipe de ostaşi.

Pentru evacuarea răniţilor şi bolnavilor de la punctele adunării răniţilor până la punctele medicale ale unităţilor se folosesc mijloacele de evacuare auto, care pot fi speciale (autosanitare) sau cu destinaţie generală (autocamioane, transportoare blindate etc.). De la punctele medicale ale unităţilor spre etapele medicale, unde se acordă ajutorul medical calificat, specializat, se folosesc mijloacele de evacuare auto, feroviar, maritime, aeriene atât speciale cât şi cu destinaţie generală. Posibilităţile de evacuare a unor categorii de transport sanitar şi cu destinaţie specială sunt arătate în *tabelul 1.*

La organizarea şi executarea evacuărilor medicale se iau în vedere următoarele:

- pierderile sanitare şi structura lor;
- situaţia tactică şi operativă (de luptă);
- existenţa şi practicabilitatea drumurilor;
- timpul disponibil;
- capacitatea şi starea tehnică a mijloacelor de evacuare.

Tabelul 1

Capacitatea de evacuare a mijloacelor de transport

Nr. d/o	Modelul automobilului şi avionului	Pe brancarde	Suplimentar aşezaţi, inclusiv în cabină	Numai aşezaţi
1.	Transportor sanitar LUAZ–967	2	1	5
2.	Transportor cu şenile GT-SM	4	2	10
3.	Autosanitara UAZ–452A	4	1	7
4.	Autosanitara AS–66	9	4	15
5.	Autocamionul GAZ–66	6	5	20
6.	Autocamionul ZIL–131	8	7	25
7.	Autobuzul LAZ–695	18	7	23
8.	Autobuzul PAZ–672	14	4	16
9.	Avionul AN–2	6	–	12
10.	Elicopterul MI–8	12	–	24

Capitolul V.
ASIGURAREA SANITARO-IGIENICĂ ŞI ANTIEPIDEMICĂ A TRUPELOR ÎN CAMPANIE

Scopul asigurării sanitaro-igienice şi antiepidemice constituie menţinerea şi întărirea continuă a sănătăţii militarilor, a capacităţii lor fizice, precum şi prevenirea şi combaterea bolilor transmisibile.

În timp de campanie se creează condiţii deosebit de favorabile pentru apariţia şi răspândirea bolilor infecto-contagioase. Aceste condiţii sunt legate, în primul rând, de posibilitatea utilizării de către inamic a armelor de nimicire în masă, inclusiv a armei bacteriologice (biologice), şi, în al doilea rând, de înrăutăţirea condiţiilor de trai ale populaţiei din teritoriul unde se desfăşoară acţiunile militare (migrare, dezorganizarea vieţii în ceea ce priveşte hrănirea, aprovizionarea cu apă, igiena individuală, precum şi lipsa personalului de specialitate şi a mijloacelor de combatere a maladiilor). Istoria ne demonstrează concludent despre legătura directă a epidemiilor cu războaiele, când îndeosebi se afecta intensiv cu maladii infecţioase efectivul armatelor ţărilor beligerante.

Numai din 1733 până în 1865 în războaiele din Europa au decedat în urma leziunilor circa 1,5 mln. de persoane, iar din cauza bolilor infecţioase - circa 6,5 mln. de persoane.

Unele date din literatură confirmă faptul că în războaiele din secolele XIX–XX pierderile irecuperabile în urma bolilor infecţioase predominau faţă de cele în urma armelor de foc obişnuite, reflectate în *tabelul 2.*

Tabelul 2

Războaiele	**Armatele**	**Pierderile sanitare irecuperabile în urma:**		**Raportul între ele**
		armelor de foc	**maladiilor infecţioase**	
Ruso-Turc (1828–1829)	Rusă	La 100 de cazuri în luptă revin 550 de decedaţi în urma maladiilor infecţioase		100:550
Războiul din Crimeea (1855–1856)	Franceză	20240	75375	100:373
Franco-Prusac (1870–1871)	Germană	30491	14259	100 : 47
Ruso-Turc (1877–1878)	Rusă	36455	83446	100 : 229

Ruso-Japonez (1904–1905)	Japoneză, Rusă	220812 171363	236223 405900	100 : 237
Primul Război Mondial (37 de luni) (1914–1918)	Rusă	3,75 mln. (răniți)	5,1 mln. (bolnavi)	100 : 136

CONȚINUTUL MĂSURILOR SANITARO-IGIENICE ȘI ANTIEPIDEMICE

Măsurile sanitaro-igienice

Asigurarea sanitaro-igienică a trupelor reprezintă un complex de măsuri de gen organizațional, tehnico-sanitar, de gospodărire, medical, administrativ și altele, a căror îndeplinire asigură menținerea bunăstării sanitare a trupelor, păstrarea sănătății și capacității de luptă a militarilor. Aceste măsuri se elaborează, se planifică și se îndeplinesc de către comandanți, serviciul ingineresc, serviciile logistice (medical, alimentație, echipament) în funcție de condițiile situației de luptă, caracterul muncii militarilor, condițiilor de cazare a efectivului, morbidității generale, profesionale și prin maladii infecțioase.

Măsurile tehnico-sanitare sunt în competența serviciului ingineresc.

Din complexul de măsuri tehnico-sanitare fac parte:

- construcția edificiilor fortificate, nodurilor de legătură și transmisiuni;
- construcția edificiilor, blindajelor, adăposturilor pentru efectivul trupelor cu respectarea normelor și regulilor în domeniu;
- dobândirea și purificarea apei pentru trupe;
- construcția drumurilor, restabilirea căilor de evacuare și punților de trecere; desfășurarea punctelor de încălzire etc.

Măsurile de gen gospodăresc sunt îndeplinite de comandanții subunităților și unităților, serviciile de aprovizionare cu alimente și echipament.

Curățenia tranșeelor, adăposturilor și a întregului raion de dislocare a trupelor trebuie să se efectueze zilnic prin grija comandanților de subunități și sub controlul serviciului medical. Periodic este necesar să se facă dezinfecția riguroasă a locului unde se acumulează reziduurile, precum și closetele și gropile de gunoi.

O deosebită atenție trebuie să se acorde operațiunii de asanare a câmpului de luptă. Cadavrele vor fi strânse și înhumate de către echipe special destinate pentru acest scop, conform indicațiilor primite de la serviciul medical al unității. Aceste indicații vor cuprinde, în principal, alegerea locului de înhumare, care se va efectua împreună cu inginerul unității (în scopul de a nu infecta pânza

de apă subterană), mărimea gropilor, felul și cantitatea dezinfectantelor ce vor fi folosite, îngrădirea terenului și alte indicații speciale privind înhumarea cadavrelor provenite de la bolnavii de boli contagioase deosebit de periculoase (ciumă, holeră, variolă etc.).

În cazul cadavrelor de animale, care au fost bolnave de boli ce se transmit la om, acestea vor fi incinerate după o prealabilă dezinfecție.

În ceea ce privește hrănirea militarilor în timp de campanie, în primul rând este necesar să se controleze, cu cea mai mare atenție, respectarea normelor de hrănire, justețea substituirilor, precum și îmbunătățirea hranei în condiții climaterice și de efort special.

Pe timp de iarnă se va ține seama de necesitatea crescută în vitamine, grăsimi, precum și de nevoia de a avea în permanență băuturi calde pentru bolnavi, răniți sau militari cu misiuni speciale.

Serviciul medical va controla starea de igienă la punctele de gospodărie și respectarea regulilor de igienă la prepararea și distribuirea hranei, la spălarea veselei și transportul hranei la trupele din liniile de luptă.

Se va acorda o deosebită atenție controlului medical zilnic al stării de sănătate a personalului care deservește blocurile alimentare, precum și efectuării periodice a examenelor de laborator.

Serviciul medical avizează folosirea unor alimente procurate de la populația din zonă sau capturate de la inamic. De asemenea avizează folosirea alimentelor, care au fost infectate cu substanțe radioactive sau toxice de luptă, după ce s-au luat măsurile de dezactivare sau îndepărtare a respectivelor substanțe.

În colaborare cu alte organe de specialitate și în funcție de situația tactică, serviciul medical trebuie să ia măsuri sanitaro-igienice corespunzătoare pentru asigurarea unei ape potabile de bună calitate și în cantitățile necesare.

În alegerea surselor de apă este necesar de a ține seama de condițiile, ale căror cerințe trebuie să corespundă apei potabile, precum și de factorii, care pot provoca o impurificare a apei.

Controlul bacteriologic al surselor de apă este efectuat de laboratoare special amenajate în acest scop, iar darea în consum a apei se va face numai dacă acest control indică o apă potabilă corespunzătoare cerințelor sanitaro-igienice.

Serviciul de aprovizionare cu echipament asigură la timp dotarea efectivului cu haine și încălțăminte, complete de protecție și echipament special, organizează îmbăierea militarilor, aprovizionarea cu lenjerie de corp și detergenți.

Serviciul medical este abilitat cu funcțiile de elaborare a normelor igienice și regulilor sanitare referitor la amplasamentul trupelor, hrănirea și asigurarea cu apă a efectivului, condițiilor de muncă și odihnă, organizarea și efectuarea supravegherii îndeplinirii acestor măsuri. În aplicarea tuturor acestor măsuri enumerate mai sus un rol important îi revine educației sanitare a militarilor.

Supravegherea sanitară în timpul deplasării și amplasamentului trupelor

Actualmente armata este dotată cu mijloace tehnice şi armament contemporan (tancuri, maşini blindate, autovehicule moderne, avioane, elicoptere etc.). Dezvoltarea transportului feroviar, aerian, naval şi auto creează condiţii de deplasare a trupelor în mod rapid, la distanţe mari, fiind foarte mobile în perioade scurte de timp. În aceste condiţii efectuarea măsurilor sanitaro-igienice are o importanţă deosebită.

În cazul deplasării de sine stătător a unităţii la locul nou de destinaţie, statul major organizează o grupă de cercetare a rutelor, în componenţa grupului se include un medic sau un felcer. Lucrătorul medical trebuie să efectueze cercetarea sanitaro-epidemiologică a rutei şi locurilor de odihnă a efectivului. În timpul cercetării se apreciază starea sanitaro-epidemiologică a rutelor de deplasare, se evidenţiază localităţile (sate, oraşe) nesatisfăcătoare din punct de vedere sanitaro-epidemiologic pentru a evita amplasamentul în ele a trupelor la odihnă, se efectuează aprecierea surselor de apă şi împreună cu alţi specialişti se vor alege cele cu un debit suficient de apă.

În condiţiile dislocării unităţii militare la odihnă în localităţi, preponderent se folosesc instituţiile de menire socială (şcoli, case de cultură etc.), în care anterior se face curăţenie şi, după necesitate, dezinfecţie.

O deosebită atenţie se acordă amplasamentului punctelor de hrănire a batalioanelor (la depărtare de locurile de stocare a gunoiului, closetelor etc.), pe suprafeţe eventual curăţate, amenajate conform cerinţelor.

Dacă amplasamentul unităţilor se efectuează pe teritorii nepopulate, în afara localităţilor, grupa de cercetare este obligată să aleagă locul potrivit, mai raţional în locuri împădurite, uscate cu sol curat, în apropierea surselor de apă, la îndepărtare de obiecte şi surse poluante (gunoişti, ferme de animale etc.). În acest caz statul major al unităţii apreciază locul de amplasament pentru trai, zona de gospodărire cu punctele pentru hrănire, zona pentru tehnica militară. Distanţa dintre zonele respective trebuie să fie de 30–75m. Zona pentru trai poate fi amenajată cu foi de cort, bordei etc., cu utilizarea diverselor materiale, care sunt la îndemână.

Statul major stabileşte regulile de aprovizionare cu apă a efectivului. Dacă în apropiere se află râuri, lacuri, iazuri, ele se împart în sectoare după destinaţie. Iniţial se stabileşte sectorul de colectare a apei cu tratarea ulterioară prin metode şi cu instalaţii din dotare pentru asigurarea efectivului şi punctelor de hrănire; în direcţia scurgerii mai jos – locul pentru spălare şi îmbăiere, după el locul pentru

spălarea îmbrăcămintei şi lenjeriei de corp, pat şi în sfârşit locul de aprovizionare cu apă şi de spălare a tehnicii.

Dacă în apropiere nu sunt surse de apă, adjunctul comandantului pe logistică organizează transportarea apei cu butoaie speciale din localităţi sau alte locuri, care le-a apreciat grupa de cercetare.

Şeful serviciului medical la necesitate organizează decontaminarea apei.

Un rol important are amenajarea closetelor pentru efectiv (un şanţ cu lungimea de 1 m la 30 persoane (0,3–0,6 m) sau folosirea closetelor portative, care sunt amplasate la 100 m de punctele de hrănire şi sursele de apă.

La părăsirea locului de amplasament al unităţii se efectuează curăţenia pe teren, iar gropile closetelor şi cu alte deşeuri se dezinfectează şi se acoperă cu pământ.

În condiţiile deplasării unităţii cu transportul feroviar sau naval sarcinile supravegherii sanitare constau în prevenirea intoxicaţiilor alimentare, infecţiilor gastrointestinale acute, infecţiilor respiratorii şi altor maladii.

Măsurile sanitaro-igienice de profil medical includ:

- efectuarea cercetării sanitaro-epidemiologice a raionului concentrării trupelor înainte de îmbarcare (debarcare) şi a locurilor îmbarcării (debarcării) la staţiile feroviare, porturile fluviale şi maritime;
- supravegherea sanitară în locurile de amplasament temporar a trupelor;
- examenul sanitar al vagoanelor şi încăperilor navelor pentru efectivul unităţilor; ele trebuie preventiv spălate, dezinfectate, dotate cu dispozitive pentru încălzire, paturi, surse de iluminare, rezervoare de apă, inventar pentru efectuarea curăţeniei; amenajarea încăperilor este în grija serviciilor de aprovizionare a căii ferate şi flotei;
- supravegherea sanitară asupra cazării, hrănirii efectivului, respectării cerinţelor igienei personale în timpul deplasării.

În cazul deplasării pe calea aerului sau navale este necesar de a prevedea acordarea asistenţei medicale în caz de apariţie la militari a dereglărilor vestibulare.

În timpul deplasărilor cu mijloace auto se ţine cont de acţiunea frigului accentuat de ploaie şi zăpadă, praful şi gazele toxice produse de motoare.

Pentru a reduce acţiunea acestor factori este necesar ca maşinile să aibă bănci cu speteze fixate solid, iar pe timp friguros să dispună de acoperiş, militarii să fie îmbrăcaţi respectiv cu haine şi încălţăminte calde, mănuşi; la halte militarii trebuie să execute exerciţii fizice, să se adăpostească de vânt şi pe cât e posibil să se încălzească respectând măsurile pentru prevenirea degerăturilor.

Dacă deplasarea subdiviziunilor se efectuează sub formă de marş pe jos (iarna pe schiuri) se prevede complexul de măsuri pentru prevenirea insolaţiilor pe timp de vară, degerăturilor iarna, luându-se în considerare eforturile fizice în

funcţie de greutatea echipamentului, temperatura aerului, relieful terenului, consumul de energie de fiecare persoană, durata deplasării, condiţiile meteorologice, fonul psihoemoţional etc.

O deosebită atenţie se acordă pregătirii din timp a militarilor pentru efectuarea marşului prin munţi, la înălţime, în condiţiile insuficienţei de oxigen în aer, pentru a evita apariţia stărilor patologice impuse de aceste condiţii (durata deplasării, echipamentul respectiv, prezenţa ochelarilor pentru prevenirea oftalmiilor, necesitatea de a trece perioada de adaptare înainte de a începe marşul etc.).

În cazul amplasamentului unităţii militare pe liniile de luptă, efectivul va ocupa sectoarele de apărare amenajate din timp sau sub conducerea serviciului ingineresc şi a comandanţilor va construi şi amenaja edificii fortificate (tranşee, blindaje, adăposturi de tip deschis sau închis), care trebuie să asigure militarilor protecţia de acţiunea armelor de foc şi a unor factori nocivi ai armei nucleare (unda de şoc, iradierea luminescentă, depunerile radioactive), cât şi de acţiunea factorilor climaterici, precum şi locuri pentru necesităţile fiziologice.

Pentru odihna şi încălzirea militarilor se construiesc blindaje şi bordeie.

Edificiile închise sunt destinate pentru amplasamentul punctelor de comandă, nodurilor de legătură şi transmisiuni, instituţiilor medicale etc.

Posibilitatea de folosire a armelor de nimicire în masă necesită ermetizarea edificiilor închise, adăposturilor pentru efectiv şi amenajarea lor cu instalaţii de filtrare-ventilare din dotarea unităţilor şi purificarea aerului de substanţe radioactive, chimice şi bacteriene.

Pentru instalaţiile de filtrare-ventilare sunt elaborate norme igienice, a căror îndeplinire garantează condiţii sănătoase de activitate. Aceste norme prevăd:

INDICII	CERINŢELE IGIENICE
Conţinutul de oxigen nu mai puţin de	19%
Conţinutul de bioxid de carbon mai mult de	1%
Temperatura aerului în timpul rece nu mai jos de	14°C
Temperatura aerului în timpul cald nu mai sus de	28–30°C
Umiditatea aerului	80%

Punctele de comandă, nodurile de legătură, subdiviziunile medicale (săli de operaţii, pansamente, laboratoare) în campanie pot fi amplasate în automobile speciale, dotate cu instalaţii de filtrare-ventilare, care asigură curăţarea aerului de substanţe radioactive, toxice, bacteriene (biologice).

Supravegherea sanitară a alimentației trupelor în campanie

Pentru efectuarea supravegherii sanitare asupra hrănirii militarilor în campanie, lucrătorul medical trebuie să cunoască bazele fiziologiei și igienei alimentației omului, normele consumului substanțelor nutritive, cerințele păstrării și preparării produselor alimentare, pregătirea și eliberarea bucatelor.

Activitățile militarilor (marșul, exploatarea tehnicii militare și armamentului, amenajarea liniilor de luptă, construcția edificiilor formaționale) produc un consum considerabil de energie. Îndeosebi pierderi mari de energie au loc în timpul luptei când de rând cu eforturile fizice enorme persistă și fundalul neuropsihoemoțional pronunțat.

Din aceste considerente, restabilirea pierderilor de energie se obține numai prin alimentație rațională echilibrată din punct de vedere igienic, cu conținutul necesar de substanțe nutritive. Cantitatea, calitatea și proprietățile bucatelor apreciază componența corpului omului, starea fizică și neuropsihică a lui.

Bucatele trebuie să fie pregătite și aduse efectivului cu prima ocazie în orice condiții ale stării de luptă, pentru a recupera pierderile de energie, a menține starea de sănătate a efectivului, a asigura rezistența și capacitatea înaltă de luptă.

Organizarea hrănirii raționale a omului sănătos trebuie să corespundă următoarelor cerințe:

- rația în 24 de ore trebuie să acopere pierderile de energie ale persoanei;
- rația în 24 de ore trebuie să aibă o componență chimică, adică să conțină cantitatea necesară de substanțe nutritive;
- bucatele pregătite trebuie să fie ușor comestibile și asimilate bine de organism;
- bucatele trebuie să fie pregătite din diverse produse alimentare, să fie atractive, cu gust și miros plăcut;
- bucatele nu trebuie să conțină substanțe radioactive, toxice, agenți patogeni și toxine.

Rația de 24 de ore trebuie să conțină într-un anumit raport produse atât de origine animală, cât și vegetală. O persoană sănătoasă normostenică în 24 de ore are nevoie de:

- proteine nu mai puțin de 100 g (1,5 g la 1 kg masă corp), din care $^1/_3$ sunt de origine vegetală, pentru asigurarea organismului cu aminoacizi prețioși;
- grăsimi 60–80 g (1–1,2 /1 kg masă corp) din care $^1/_3$ de origine vegetală;
- glucide 500 g și mai mult (6–8 g/1kg masă corp);
- un set deplin de vitamine și microelemente.

Normele consumului de vitamine în 24 de ore

VITAMINELE	NORMA DE CONSUM
Vitamine hidrosolubile	
Vitamina B_1 (tiamina)	2–4 mg
Vitamina B_2 (riboflavina)	2–4 mg
Vitamina P (citrina)	30–35 mg
Vitamina PP (acidul nicotinic)	15–25 mg
Vitamina B_6 (piridoxina)	2 mg
Vitamina B_{12} (ciancobalamina)	0,01 mg
Acidul pantotenic	5–10 mg
Acidul folic	2 mg
Biotina	0,15 mg
Vitamina C	70–100 mg
Vitamine liposolubile	
Vitamina A (axeroftolul)	1,5 mg
Vitamina D (calciferolul)	160–300 mg
Vitamina E (tocoferolul)	2,5–5 mg
Vitamina K (filoxinona)	1–2 mg

Actele legislative şi normative în vigoare constituie baza juridică în vederea organizării şi asigurării hranei armatei în condiţiile contemporane. Ele conţin principiile şi normele ştiinţific argumentate în acest domeniu. În regulamentele respective sunt stipulate cerinţele sanitaro-igienice referitor la acumularea, păstrarea şi transportarea produselor alimentare, condiţiile tehnice, care trebuie să fie strict respectate (detaliat se studiază la disciplinele: igiena generală, igiena alimentaţiei şi igiena militară).

În condiţiile contemporane trupele dispun de rezerve mobile de produse alimentare, care trebuie păstrate şi transportate în condiţii speciale cu unităţi de transport specializat, dotate cu tot necesarul pentru asigurarea cerinţelor tehnico-sanitare şi igienice. Produsele alimentare în marea lor majoritate sunt ambalate în cutii ermetice sau din alte materiale, care exclud infectarea şi poluarea lor.

În condiţii de campanie hrănirea se organizează în cadrul batalionului sub egida şefului serviciului alimentaţie cu desfăşurarea punctelor de alimentare a batalionului.

Punctele respective sunt dotate cu cantine mobile, instalaţii de fierbere a apei, rezervoare de apă până la 1000 l, containere pentru transportarea bucatelor pregătite în subdiviziuni, inventar necesar pentru procesul tehnologic de pregătire

a bucatelor, foi de cort special pentru desfăşurarea secţiilor tehnologice, inventar pentru gospodărire, unelte, instrumente, rezervoare cu combustibil. Punctul de hrănire este desfăşurat de echipa cu destinaţie pentru aceste lucrări. Comandantul plutonului de gospodărie împreună cu felcerul batalionului (sau instructorul sanitar) aleg terenul pentru desfăşurare, în apropierea sursei de apă, la destinaţie de obiectele cu risc de poluare etc. Pregătirea terenului include curăţarea lui de gunoi, nivelarea suprafeţei solului. Se instalează foile de cort conform cerinţelor pentru respectarea procesului tehnologic şi cerinţelor sanitaro-igienice (la 25 m se amenajează locul de curăţare a legumelor; la 50 m – groapa pentru reziduuri; la distanţa de 50 m – closetul pentru personal; se sapă tranşee pentru acţiuni de luptă; se amenajează locul pentru spălarea veselei şi alte necesităţi.

Supravegherea sanitară a hrănirii în condiţii de luptă se axează pe problemele evitării folosirii produselor necalitative în alimentarea efectivului şi pe cele ale profilaxiei îmbolnăvirilor prin alimentaţie. Prelucrarea produselor alimentare trebuie să excludă posibilitatea infectării lor cu substanţe radioactive, toxice şi bacteriologice (biologice).

Aprecierea calităţii alimentării se efectuează după starea fizică a efectivului unităţii, morbidităţii, starea statutului alimentar, lipsa avitaminozelor şi insuficienţei proteice (distrofiilor alimentare).

Nerespectarea cerinţelor sanitare faţă de stocarea şi păstrarea produselor alimentare, transportarea şi prelucrarea lor, prepararea bucatelor poate aduce la apariţia intoxicaţiilor alimentare, diverselor maladii infecţioase ale tractului gastrointestinal, care, de regulă, în colectivele militare poartă un caracter de erupţii în masă, contribuind la scăderea capacităţii de luptă a subdiviziunilor.

Din aceste considerente zilnic se efectuează supravegherea sanitară a hrănirii efectivului, care include următoarele cerinţe:

- rezervele mobile de produse alimentare se păstrează în ambalaj închis în condiţii ce exclud infectarea lor din afară şi acţiunea factorilor climaterici (temperatura, umiditatea, praful etc.), se păstrează după sortiment;
- o atenţie deosebită se acordă produselor uşor alterabile (carne şi peşte), în special în timpul cald se exclude prepararea bucatelor;
- nu se permite folosirea produselor ermetic ambalate, dacă cutiile au semne de bombaj;
- produsele calitative trebuie să fie preparate pe mese curate, cu inventar curat, marcat pentru aşa lucrări;
- restul de bucate (care nu au fost distribuite efectivului în dependenţă de situaţia de luptă) înainte de a fi distribuite vor fi supuse prelucrării termice timp de 15–20 min.;

- containerele pentru transportarea şi distribuirea bucatelor trebuie să fie curate, timpul necesar transportării bucatelor va fi calculat astfel, ca bucatele să se distribuie fierbinți;
- instructorii sanitari ai companiilor trebuie să controleze curățenia gamelelor, cănilor, lingurilor ostaşilor; să controleze spălatul pe mâini şi alte măsuri.

Supravegherea sanitară prevede, de asemenea, controlul medical al sănătății personalului antrenat în procesul hrănirii efectivului unității (echipa de gospodărire, persoanele responsabile de păstrarea, transportarea și distribuirea produselor alimentare).

Aceste persoane sunt supuse examenului medical până la numirea în post, ulterior periodic conform programului stabilit (investigații bacteriologice, parazitologice, radiologice etc.).

Supravegherea sanitară a asigurării cu apă în campanie

În condiții de campanie apa este necesară pentru satisfacerea necesităților fiziologice ale efectivului, pentru pregătirea bucatelor și coptul pâinii, pentru îmbăiere şi spălatul hainelor şi rufelor, în cazul folosirii armelor de nimicire în masă - pentru tratarea sanitară, dezactivare, degazare și dezinfecție, pentru necesități tehnice.

Apa potabilă trebuie să fie străvezie, fără culoare şi miros, răcoritoare, să nu conțină agenți patogeni, substanțe radioactive și toxice în cantități ce depăşesc concentrațiile admisibile. Apele din sursele deschise (râuri, lacuri, iazuri) nu corespund acestor cerințe.

De o calitate cu mult mai bună sunt apele subterane de la o adâncime de zeci şi sute de metri, care se pot extrage prin fântâni arteziene, fântâni obişnuite etc.

În raioanele, unde lipsesc sursele de apă, se poate folosi apa de ploaie, iar iarna se poate topi zăpadă sau gheață.

Reprezentantul serviciului medical (medic sau felcer) participă, în cadrul grupului de cercetare, la depistarea și aprecierea surselor de aprovizionare cu apă.

Lucrătorul medical efectuează în mod obligatoriu controlul sanitaro-epidemiologic al raionului unde se află sursa de aprovizionare cu apă, apreciază calitatea apei după proprietățile organoleptice, colectează probe de apă și le expediază la laborator pentru investigațiile bacteriologice, chimice, toxicologice.

Medicul trebuie să cunoască normele aprovizionării cu apă şi să controleze respectarea lor la trupe. Necesitățile de apă sunt condiționate de condiţiile climaterice, anotimp, caracterul terenului şi acțiunilor de luptă a trupelor.

Normele minime de apă potabilă şi pentru necesităţi de gospodărire în condiţii de campanie

Destinaţia	Norma de apă pentru o persoană în 24 de ore, l	
	În condiţii climaterice:	
	obişnuite	calde
Pregătirea ceaiului, rezerve de apă în bidon	2,5	4
Pregătirea bucatelor şi spălarea inventarului de la cantină	3,5	3,8
Spălarea veselei individuale	1	1,2
Toaleta	3	6
Total:	10	15
Numai pentru băut	2,5	4

În condiţiile când trupele activează în raioanele cu insuficienţă de apă sau în cazul poluării în masă a surselor de apă cu substanţe toxice şi bacteriene (biologice) norma minimă de apă numai pentru băut, în condiţii climaterice obişnuite, constituie 2,5 l pentru o persoană timp de 5 zile, în condiţii climaterice calde - 4 l în 3 zile.

Pentru tratarea sanitară şi îmbăiere norma pentru o persoană constituie 45 l.

Necesităţile de apă în 24 de ore pentru punctul medical al batalionului constituie 0,3–0,5 m^3, pentru punctul medical al brigăzii - 3–5 m^3.

Serviciul medical al unităţii efectuează supravegherea sanitară asupra respectării normelor de aprovizionare cu apă a trupelor, calităţii apei, respectării regimului de consum al apei potabile, îndeosebi în condiţii calde, de eforturi fizice mari, de îndeplinire a marşului şi altele, fapt de care depinde sănătatea militarilor şi prevenirea apariţiei şi răspândirii maladiilor infecţioase şi de piele.

În condiţii de campanie, asigurarea cu apă a trupelor se efectuează numai prin intermediul punctelor de alimentare cu apă, care sunt în grija serviciului ingineresc al unităţii.

Punct de alimentare cu apă se numeşte locul unde se dobândeşte, se tratează, se păstrează şi se eliberează apa.

În acest scop subdiviziunile inginereşti sunt dotate cu utilaj şi instalaţii moderne şi eficiente de dobândire şi tratare a apei, metode de expres-control al calităţii apei potabile.

Serviciul medical efectuează controlul medical al persoanelor antrenate în procesul de dobândire, tratare şi transportare a apei în corespundere cu cerinţele regulamentelor respective.

Expertiza produselor alimentare şi a apei în campanie

În condiţiile războiului contemporan, unde se prevede folosirea armelor de nimicire în masă, mediul ambiant, inclusiv produsele alimentare şi sursele de apă, pot fi infectate cu substanţe radioactive, toxice şi bacteriene. Folosirea alimentelor şi a apei în aceste condiţii e posibilă numai după rezultatele expertizei, efectuată de serviciul medical, cu permisiunea comandantului.

Sarcina expertizei este de a efectua un control multilateral al alimentelor şi apei cu scopul de a preveni infectarea efectivului trupelor cu substanţe radioactive, toxice şi bacteriene.

Expertiza se efectuează în patru etape, în baza actelor normative în acest domeniu.

Prima etapă: acumularea informaţiei referitor la folosirea de către inamic a tipului de armă de nimicire în masă (de la organele de cercetare, statul major superior, interogatoriul efectivului populaţiei băştinaşe, prizonierilor. Apoi urmează examinarea teritoriului, produselor alimentare, surselor de apă aflate pe acest teritoriu cu scopul de a depista vizual semne de infectare cu toxice, substanţe bacteriene şi radioactive (ambalajul, tehnica de transport etc.).

Etapa a doua: indicaţia (depistarea) substanţelor toxice de luptă cu ajutorul trusei de cercetare chimică medico-veterinară (PHR–MV), care permite depistarea toxicelor cunoscute în apă şi alimente, inclusiv aprecierea alcaloizilor şi a sărurilor metalelor grele. După aceasta se stabileşte gradul poluării radioactive a apei şi produselor alimentare cu ajutorul truselor din dotare (roentgenometru – radiometru).

Dacă în urma efectuării acestor măsuri (etapa I şi II) în apă şi în produsele alimentare nu au fost depistate substanţe toxice, radioactive şi bacteriene, se permite alimentarea, iar la sursa de apă – desfăşurarea punctului de alimentare cu apă.

În cazul când în apă şi în alimente s-au depistat substanţe toxice, radioactive în doze ce depăşesc limitele admisibile, sau s-a obţinut informaţia, că inamicul a folosit arma bacteriologică în raionul dat, se interzice utilizarea produselor alimentare, iar probele colectate se expediază în laboratoarele instituţiilor sanitaro-epidemiologice. Dacă în acest raion lipsesc alte surse de apă, la sursa controlată se desfăşoară punctul de alimentare cu apă şi prin metode şi instalaţii speciale, care eliberează apa de substanţe toxice, radioactive şi bacteriene, se dobândeşte şi se tratează apa.

Etapa a treia: constă din investigațiile de laborator ale probelor colectate. Aceste investigații sunt sanitaro-toxicologice, sanitaro-bacteriologice și virusologice, sanitaro-radiologice și dozimetrice etc. Rezultatele obținute sunt comparate cu dozele admisibile.

Etapa a patra: sunt concluziile în baza datelor obținute la etapele precedente. Concluziile expertizei pot fi:

- produsele pot fi utilizate în alimentație fără restricții;
- produsele pot fi utilizate după destinație numai după respectarea anumitor tipuri de prelucrare (tehnologică, culinară sau după expirarea termenelor de păstrare stabilite prin investigații de laborator ulterioare etc.);
- produsele nu se admit pentru folosirea în alimentare.

MĂSURILE ANTIEPIDEMICE

Măsurile antiepidemice, după cum s-a menționat, sunt îndreptate spre prevenirea apariției maladiilor infecțioase în cadrul trupelor și în caz de apariție – spre lichidarea urgentă a lor.

În legătură cu aceasta, măsurile antiepidemice se divizează convențional în două grupe. Măsurile primei grupe se îndeplinesc până la apariția maladiilor infecțioase printre trupe în scopul preîntâmpinării lor, iar cele din grupa a doua, suplimentare la cele desfășurate anterior, se îndeplinesc deja în focarele epidemice, cu scopul localizării urgente și lichidării maladiilor infecțioase apărute.

În prima grupă preponderent se includ măsurile generale de profilaxie, de regulă cu caracter sanitaro-igienic, care includ controlul medical asupra tuturor laturilor vieții și activității militarilor, inclusiv măsurile îndreptate spre creșterea rezistenței specifice împotriva maladiilor infecțioase: vaccinările profilactice împotriva maladiilor infecțioase, care amenințau cu apariția lor la trupe; administrarea cu scop profilactic a imunoglobulinelor și a serurilor imune specifice, cât și preparatelor medicamentoase.

O importanță primordială au măsurile de prevenire a inducerii maladiilor infecțioase în unități (bolnavi, purtători de germeni, reconvalescenți etc.).

Din sistemul de măsuri generale de profilaxie un loc important revine **controlului medical asupra alimentației și asigurării cu apă a trupelor.** De eficiența lui nemijlocit depinde situația epidemiologică a unității. Produsele alimentare, hrana sunt unul din factorii de bază de transmitere a maladiilor infecțioase, de aceea orice încălcare de reguli sanitare în organizarea hrănirii efectivului poate provoca îmbolnăviri în masă. Nerespectarea cerințelor igienice în vederea păstrării, transportării bucatelor și distribuirii lor creează condiții favorabile pentru dezvoltarea intensivă și acumularea agenților patogeni ce vor provoca îmbolnăviri în masă.

Controlul medical asupra respectării cerințelor sanitaro-igienice ocupă un rol important în prevenția izbucnirii în primul rând a infecţiilor intestinale acute şi intoxicaţiilor alimentare.

Toate persoanele decretate, antrenate în serviciul alimentar (bucătarii, tăietorii de pâine, şefii şi lucrătorii depozitelor de alimente, şefii de cantine etc.) trebuie să fie luaţi în evidenţă de serviciul medical, să dispună de fişe medicale speciale şi în afară de controlul medical zilnic, cu regularitate, o dată în trimestru, sunt supuşi investigaţiilor bacteriologice la grupul infecţiilor intestinale şi la helminţi. Dacă în unitatea militară au apărut cazuri de îmbolnăviri cu maladii, febră tifoidă, infecţii intestinale acute, atunci toţi lucrătorii antrenaţi în aprovizionarea cu hrană şi apă vor fi supuşi investigaţiilor bacteriologice suplimentar, în afara programului.

Condițiile de profilaxie a erupţiilor de boli infecţioase alimentare sunt respectarea cu stricteţe de către toţi lucrătorii din alimentaţie şi asigurarea cu apă a regulilor de igienă personală, controlul medical regulat şi investigațiile bacteriologice.

Organizarea şi petrecerea supravegherii sanitare asupra hrănirii şi asigurării cu apă la toate verigile tehnologice, serviciul medical se călăuzesc de actele normative în domeniu (Regulamentul serviciului interior, ordine, instrucţiuni etc.).

Un rol important în răspândirea maladiilor infecţioase, îndeosebi a febrei tifoide, holerei, dizenteriei şi a altor infecţii îi revine apei. Din aceste considerente, măsurile de organizare şi asigurare a efectivului cu apă de calitate bună se includ în complexul de măsuri îndreptate spre prevenirea maladiilor infecţioase la trupe.

Serviciul medical efectuează controlul permanent al respectării stricte a normelor şi cerințelor igienice în vederea asigurării cu apă, calităţii apei, stării de sănătate a persoanelor, care nemijlocit deservesc sistemele de aprovizionare cu apă.

Practic, nicio problemă legată de aprovizionarea cu apă nu se poate soluţiona fără participarea nemijlocită a serviciului medical.

Serviciului medical îi revine rolul calităţii apei, numai el emite permisiuni pentru utilizarea apei potabile şi pentru folosirea ei la pregătirea bucatelor, sistematic efectuează controlul bacteriologic şi chimic al apei.

Din măsurile îndreptate spre majorarea rezistenţei specifice a organismului militarilor către maladiile infecţioase trebuie să evidenţiem **organizarea şi efectuarea vaccinării**, ca măsură mai importantă şi eficientă în măsurile de protecţii antiepidemice ale trupelor.

În ultimul timp este elaborat și implementat în practică un sistem modern de imunizare în masă, cu utilizarea vaccinurilor contemporane eficiente în profilaxia

diferitor maladii infecţioase, care cu succes este folosit şi în condiţiile Forţelor Armate ale Republicii Moldova.

Efectuarea imunizării efectivului trupelor este reglementată de Regulamentul serviciului intern al Armatei Naţionale, ca măsuri prevăzute de planul respectiv şi la indicaţii epidemice.

Imunizarea conform planului este o continuare a programului naţional de imunizare profilactică a populaţiei republicii şi se efectuează în conformitate cu actele normative ale Ministerului Apărării al Republicii Moldova.

Lista vaccinurilor şi regulile de vaccinare în campanie sunt reglementate de instrucţiuni speciale.

Vaccinările conform indicaţiilor epidemice, în afara programului se vor efectua în:

- condiţiile creşterii morbidităţii infecţioase în mijlocul populaţiei în raionul dislocaţiei trupelor ce prezintă un pericol major de răspândire şi în rândul trupelor;
- condiţiile apariţiilor cazurilor de maladii infecţioase în colectivele militare şi de sporire a morbidităţii, şi dacă n-au fost vaccinaţi anterior împotriva acestor infecţii;
- condiţiile apariţiei în rândul populaţiei din raionul dislocaţiei trupelor măcar a unui caz de îmbolnăvire de boli extrem de contagioase.

Termenele şi ordinea efectuării imunizării conform indicaţiilor epidemice sunt reglementate prin ordinul comandanţilor marilor unităţi, la propunerea şefului superior al serviciul medical.

Timpul, locul şi ordinea efectuării imunizării sunt stipulate în ordinul comandantului unităţii militare (Anexă la ordin este orarul prezentării subdiviziunilor în punctul medical al unităţii.).

Înainte de a începe vaccinarea, toţi militarii sunt supuşi controlului medical în scopul depistării persoanelor cărora la moment vaccinarea le este contraindicată.

Imunizarea efectivului se efectuează cu stricteţe în conformitate cu instrucţiunile corespunzătoare, cu aprecierea reactivităţii în grupuri de 4–50 de persoane la diverse serii de vaccinuri etc., prin diferite metode – subcutană, intracutană, pe piele, intramuscular şi sub formă de aerosoli în gură sau nas.

Toţi militarii supuşi imunizării se află în supravegherea serviciului medical timp de 30–45 de minute după vaccinare, ulterior după 240 de ore pentru a evidenţia reacţiile posibile la administrarea vaccinurilor.

Tipurile de reacţii posibile la diverse vaccinuri sunt reflectate în documentele de istorie a fiecărui tip de vaccin şi în dependenţă de metoda de administrare, cu care lucrătorii medicali sunt familiarizaţi.

Rezultatele imunizării cu indicarea datei efectuării, denumirea vaccinului, dozei și reacției la persoana imunizată se înscriu în fișa medicală personală a militarului.

Din toate măsurile profilactice, un loc important le revine măsurilor de **prevenție a pătrunderii infecțiilor din afară.**

Căile de pătrundere a maladiilor infecţioase în unitate sunt diverse.

Un mai mare pericol de pătrundere a infecțiilor în unitate reprezintă tinerii recruţi încorporaţi în armată, care pot veni din raioane cu stare epidemiologică nesatisfăcătoare.

În procesul de recrutare pot veni persoane infectate în perioada de incubaţie a diverselor forme nosologice, care se pot manifesta după un timp scurt din momentul infectării și pot fi introduse în unitate.

Realitatea acestei căi depinde de gradul de răspândire a infecţiilor în rândul populației a acelor raioane de unde vin recruții, cât și de amplitudinea efectuării măsurilor antiepidemice la punctele de recrutare și în timpul deplasării lor spre locul de destinaţie.

În rândurile recruţilor pot fi bolnavi cu forme cronice şi asimptomatice de maladii, purtători de germeni, nu este exclusă și sosirea în unitate și a persoanelor bolnave. Alt aspect este, că din raioanele din punct de vedere epidemiologic nesatisfăcătoare se introduce în unitate sursa de infecţie, iar din alte raioane cu starea satisfăcătoare vin tineri cu imunitatea scăzută. Se creează condiţii favorabile de dezvoltare a procesului epidemic, îndeosebi la infecţiile respiratorii.

Asta și confirmă faptul că morbiditatea prin infecţii la contingentul primului an de serviciu este sporită.

Altă sursă de infecţie pot servi şi persoanele, care se reîntorc din concedii şi din deplasări de serviciu.

Populația locală din raioanele de dislocare a trupelor poate servi drept sursă de infecţii cu riscul de introducere în unitatea militară din cauza contactului cu populația în locurile obștești (transport, teatre, cinematografe etc.) a unor categorii de militari, ofiţeri, plutonieri, cursanţi ai instituțiilor de învăţământ, prin intermediul membrilor familiilor lor etc., prin utilizarea sistemului de apeduct comun (în cazul infecţiilor intestinale).

Din aceste considerente, este necesar, ca serviciul medical să ţină sub control permanent starea sanitaro-epidemiologică a raioanelor unde sunt dislocate trupele, pentru a lua măsuri eficiente în vederea limitării contactului militarilor cu populația locală, iar la necesitate – de a acorda ajutor în lichidarea focarelor epidemice, care ameninţă cu răspândirea infecţiilor şi în unităţile militare.

În cazul zoonozelor, surse de infecţii cu riscul de introducere în unităţile militare a maladiilor infecţioase pot servi şi diferite animale. Un rol important în acest proces le revine rozătoarelor.

În condițiile dislocării trupelor în câmp, rozătoarele populează intensiv, îndeosebi în lunile de toamnă-iarnă, blindajele, corturile, bordeiele şi alte edificii.

Infectarea efectivului are loc prin intermediul factorilor de transmitere: produsele alimentare, apa, praful, şi nu prin contactul nemijlocit cu rozătoarele.

Infectarea de la rozătoarele sălbatice la om decurge prin intermediul: puricilor, căpuşelor, unor specii de ţânţari etc.

Ca factor epidemiologic, trebuie de luat în considerare animalele din unităţi şi subdiviziuni de gospodărie, cât şi animalele domestice din gospodăriile populaţiei locale.

În condiţii de campanie, de însemnătate prioritară este pericolul folosirii armei bacteriologice (biologice) de către inamic cu scop de răspândire a maladiilor infecţioase la trupe. În acest caz infectarea efectivului poate avea loc prin aer, apă, produse alimentare, sol, armament, tehnică militară şi transport, cât şi de la persoanele şi animalele bolnave.

Structura morbidității infecțioase în cazul folosirii armei bacteriologice (biologice) va corespunde tipurilor de recepturi microbiene.

Influenţa consecinţelor folosirii armei nucleare asupra nivelului morbidității infecţioase, stării epidemice a trupelor şi raioanelor de dislocație a lor se poate manifesta în două aspecte.

În primul rând: în urma deteriorărilor masive ale apeductelor, sistemelor de canalizare, distrugerii caselor de locuit şi a localităţilor se va produce o creştere bruscă a morbidităţii infecţioase îndeosebi prin infecţiile intestinale acute etc.

În al doilea rând: acţiunea asupra efectivului a iradierii ionizante va provoca, la persoanele supuse iradierii, o scădere bruscă a rezistenţei nespecifice şi a forțelor de protecţie a organismului.

Acţiunea undelor ionizante inhibă practic toţi factorii de protecţie a organismului: imunitatea umorală, celulară, tisulară, activitatea fagocitară etc.

Ca rezultat, în organismul supus iradierii cu unde ionizante brusc se majorează intensitatea procesului de dezvoltare a microorganismelor provocatoare de maladii infecţioase, pe de o parte, şi se micşorează doza de infectare, pe de altă parte. Aceasta poate aduce la acutizarea formelor asimptomatice de infecţii; evoluția procesului va decurge sub forme grave; ca urmare, pot apărea forme nosologice noi, condiţionate de microflora nepatogenă în condiţii obişnuite.

Ca surse de infecții posibile pot fi consideraţi şi prizonierii.

Odată cu introducerea maladiilor infecţioase în unitate, ele în scurt timp cuprind un număr considerabil din efectiv ca urmare a unor particularități ale serviciului şi vieţii militarilor: alimentaţia, asigurarea cu apă, cazarea în comun, specificul organizării şi desfăşurării instruirii şi pregătirii de luptă (în cadrul subdiviziunilor, grupării mari şi constrânse).

Aceste particularităţi pot contribui la activizarea mecanismelor de transmitere a maladiilor infecţioase.

Totodată, gradul înalt de organizare şi disciplină, posibilităţile de a dirija cu colectivele militare contribuie considerabil la organizarea şi efectuarea măsurilor antiepidemice într-un timp mai limitat şi cu eficacitate înaltă.

Trebuie să se ia în considerare şi aşa factor militaro-epidemiologic, cum este aflarea impusă a trupelor în timpul acţiunilor de luptă sau pregătirii de luptă pe teren necunoscut sau nesatisfăcător din punct de vedere epidemiologic, cu riscul de răspândire în rândul trupelor a diverselor zooantroponoze. Acesta impune necesitatea de a efectua măsuri profilactice şi antiepidemice suplimentare.

Din măsurile de prevenire a introducerii în unitatea militară a maladiilor infecţioase din afară fac parte:

- recunoaşterea sanitaro-epidemiologică şi observarea sanitaro-epidemiologică în raioanele de dislocare a trupelor;
- măsurile profilactice şi antiepidemice în perioada de recrutare, în timpul deplasărilor cu transport a efectivului;
- folosirea de către inamic a armei bacteriologice (biologice).

Acest complex de măsuri include controlul strict asupra recruţilor, care vin în unitatea militară. În timpul recrutării la punctele de recrutare şi de concentrare, cât şi în timpul transportării la locul de destinaţie organele ocrotirii sănătăţii civile vor îndeplini măsurile profilactice şi antiepidemice corespunzătoare.

La ele se referă:

- depistarea precoce, activă şi izolarea bolnavilor cu maladii infecţioase şi a persoanelor suspectate de prezenţa acestora, cât şi a persoanelor care au avut contact cu bolnavii, investigarea lor şi supravegherea medicală în continuu;
- depistarea şi evidenţa persoanelor, care în trecut au zăcut de tifos abdominal, paratif şi dizenterie;
- listele persoanelor, care în trecut au fost bolnave, se transmit medicului (felcerului) care însoţeşte echipa de recruţi;
- toţi recruţii, timp de 24 de ore, până a fi transportaţi la locul de destinaţie, vor trece tratarea sanitară (îmbăierea).

Pentru acordarea asistenţei medicale şi efectuarea măsurilor profilactice şi antiepidemice pe tot parcursul deplasării recruţilor la locul de destinaţie se numeşte un medic sau felcer care are sarcina de a efectua: controlul stării sanitare a mijloacelor de transport, respectării cerinţelor sanitaro-epidemiologice referitor la păstrarea produselor alimentare, calităţii lor, cât şi a hranei şi aprovizionării cu apă a recruţilor în timpul deplasării, depistarea şi izolarea bolnavilor infecţioşi şi a persoanelor suspectate de îmbolnăvire, spitalizarea bolnavilor în instituţiile curative respective.

Dacă deplasarea recruţilor are loc prin raioane nesatisfăcătoare din punct de vedere epidemic, medicul va raporta comandantului ce măsuri vor fi întreprinse pentru a preveni introducerea maladiilor infecţioase în colectivul recruţilor (limitarea la maximum a contactului cu populaţia locală, interzicerea procurării şi utilizării produselor alimentare şi apei etc.).

În acest scop, înainte de a primi recruţii, în unitate au loc lucrări de pregătire: se eliberează şi se amenajează încăperile necesare pentru recruţi, separat de efectivul unităţii, de la medicul însoţitor se obţine informaţia despre starea epidemică a raioanelor de unde au venit ei, se efectuează tratarea sanitară şi asigurarea cu îmbrăcăminte şi încălţăminte (după anotimp).

Serviciul medical, odată cu sosirea recruţilor în unitate, efectuează o interogare cu scopul depistării bolnavilor, suspecţilor de maladii infecţioase, desfăşoară un control medical primar, în cazul depistării bolnavilor se iau măsuri de izolare a lor, cu internarea ulterioară a acestora în secţii specializate.

În perioada de pregătire a tinerilor ostaşi, serviciul medical organizează controlul medical aprofundat, efectuează imunizarea profilactică.

După finalizarea perioadei de pregătire a tinerilor ostaşi, ei vor fi repartizaţi în subdiviziunile unităţii.

Un rol important în prevenirea apariţiei maladiilor infecţioase la trupe revine **măsurilor împotriva răspândirii infecţiilor de la sursele care se află în interiorul unităţii militare**. Astfel de surse de infecţii pot fi, în primul rând, aşa-numitele persoane practic sănătoase, la care nu se depistează manifestări clinice, dar pentru cei din jur ele prezintă un pericol epidemic.

Un enorm pericol epidemic prezintă aceste persoane, dacă ele lucrează la cantină, depozite de produse alimentare sau la obiectele de asigurare cu apă a unităţii militare.

În legătură cu aceasta, în complexul de măsuri profilactice în vederea răspândirii infecţiilor de la persoanele purtătoare de agenţi patogeni, reconvalescente şi altor surse de infecţii, care se află în rândurile efectivului, o deosebită importanţă are evidenţa strictă a persoanelor care au suportat în trecut astfel de maladii ca: dizenteria, febra tifoidă, holera, malaria, cât şi supravegherea medicală permanentă asupra stării de sănătate a lor cu efectuarea investigaţiilor de laborator periodice.

Persoanele, care se află la evidenţă din motivele sus-menţionate, nu pot fi numite să îndeplinească lucrări la obiectele de asigurare cu hrană şi apă în unitatea militară.

La evidenţă şi supraveghere medicală, de asemenea, se află şi persoanele antrenate în lucrul permanent la cantine, cafenele, depozite de produse alimentare, combinate de producere a pâinii, cât şi persoanele de la obiectele

de aprovizionare cu apă. Aceste persoane se află la evidența serviciului medical al unității și sunt supuse investigațiilor de laborator până a fi angajate la lucru, apoi, periodic, anual primăvara și toamna. Persoanele, care zilnic sunt numite la lucru la obiectele sus-menționate, înainte de a începe lucrul vor trece controlul medical obligatoriu în punctul medical al unității. Și numai în cazul, când nu sunt depistate contraindicații (dereglări intestinale, angină, gripă și alte maladii infecțioase), vor obține permisiunea de a începe lucrul.

A doua grupă include măsurile antiepidemice, îndreptate spre localizarea și lichidarea urgentă a cazurilor de îmbolnăvire de maladii infecțioase sau focare epidemice deja apărute în unitățile militare.

La aceste măsuri se referă:

- în primul rând, depistarea precoce a bolnavilor cu maladii infecțioase, de care în mare măsură va depinde succesul în efectuarea măsurilor antiepidemice. Depistarea bolnavilor se poate efectua prin mai multe metode: în procesul de observare zilnică asupra efectivului unității, care are loc regulat conform regulamentelor militare și include interogarea, examinarea și la necesitate investigarea de laborator;
- în al doilea rând, izolarea bolnavului depistat și îndreptarea lui în instituția specială pentru bolnavi infecțioși pentru tratamentul calificat.

Dacă medicul nu este sigur în originea maladiei sau lipsește posibilitatea internării lui în spital, bolnavul necesită izolare temporară în punctul medical al unității în scopul prevenției răspândirii infecției printre persoanele sănătoase. Izolarea bolnavilor în unitate va cuprinde doar perioada necesară pentru pregătirea evacuării în spital sau numai pe un termen strict necesar pentru stabilirea originii infecțioase a maladiei.

Pentru toată perioada aflării bolnavului în izolator este strict necesară respectarea cerințelor regimului antiepidemic (este interzisă vizita bolnavului de către alte persoane), în încăperile izolatorului se efectuează dezinfecția curentă, hrănirea bolnavilor numai din veselă separată doar pentru acest scop, cu spălarea și dezinfecția ei pe loc.

Reținerea bolnavilor în izolator pe un termen mai mult de 24 de ore nu se recomandă, cu excepția bolnavilor cu maladii respiratorii virale acute în lipsa complicațiilor.

Fiecare izolator este constituit din două compartimente separate, unul pentru infecții intestinale, al doilea pentru infecții respiratorii.

Regimul de lucru al izolatorului trebuie să excludă totalmente răspândirea infecțiilor în afara lui. După evacuarea bolnavului în izolator se efectuează dezinfecția definitivă, în dependență de forma maladiei infecțioase.

În spitalul, unde este evacuat bolnavul, se iau măsuri în vederea stabilirii cât mai rapide a diagnosticului, aceasta având o importanţă deosebită pentru a începe cât mai precoce îndeplinirea măsurilor specifice antiepidemice în focar.

Una dintre aceste măsuri este decontaminarea în focarul maladiei infecţioase:

- sunt supuse decontaminării toate lucrurile personale ale bolnavului;
- lenjeria de pat;
- toate încăperile unde s-a aflat bolnavul până la izolare sau spitalizare;
- nodurile sanitare şi alte obiecte, cu care a fost în contact bolnavul;
- în dependenţă de caracterul maladiei infecţioase, de căile şi mecanismul de transmitere în focar, de rând cu măsurile de dezinfecţie se efectuează dezinsecţia şi deratizarea.

În cazul apariţiei unor maladii parazitare (de exemplu, tifosul exantematic) se efectuează tratarea sanitară, care include îmbăierea efectivului concomitent cu dezinsecţia îmbrăcămintei, cu schimbul lenjeriei de corp.

Metodele de dezinfecţie pot fi: mecanice, fizice, chimice, biologice, deseori complexe.

Referitor la persoanele, care au contactat cu bolnavul de maladie infecţioasă, se iau diferite măsuri: în fiecare caz aceste persoane sunt luate la evidenţa serviciului medical; în cazul contactării cu bolnavi de pestă, holeră, variolă persoanele sunt izolate completamente; în majoritatea cazurilor aceste persoane se află sub supravegherea zilnică a serviciului medical pe termenul maxim al perioadei de incubaţie pentru infecţia respectivă, în scopul depistării din rândul lor a cazurilor noi de îmbolnăvire.

Într-un şir de cazuri este necesar de a îndeplini unele măsuri specifice: persoanelor, care au contactat cu bolnavi de febră tifoida şi holeră, li se administrează bacteriofag, celora, care au contactat cu bolnavi de pestă, li se administrează antibiotice.

În cazul îmbolnăvirilor, când bolnavii nu sunt contagioşi, se poate limita numai la măsuri de supraveghere asupra persoanelor care au fost în contact cu bolnavul.

Depistarea precoce a persoanelor, care au fost în contact, în acest caz este importantă din punctul de vedere al faptului că ele vor primi tratament specific la etapele timpurii, care în acest caz este mai eficient.

Când răspândirea maladiilor infecţioase este de mare amploare, poate apărea necesitatea aplicării unui complex de măsuri de regim, de limitare, cum este regimul de observare sau carantină a întregii unităţi sau a unor subdiviziuni aparte cu imunizarea efectivului integral.

Regimul de observare prezintă un sistem de măsuri de izolare, limitare şi profilactice orientate spre preîntâmpinarea răspândirii maladiilor contagioase.

El este stabilit prin ordinul comandantului unităţii, marii unităţi militare la propunerea şefului serviciului medical. Acest regim se aplică în situaţia epidemică nesatisfăcătoare în trupe.

Măsurile întreprinse în regim de observare:

- limitele focarului sunt trasate cu semne speciale. Este limitată intrarea şi ieşirea transportului în focar;
- este limitat contactul dintre unităţi şi subdiviziuni;
- se efectuează dezinfecţia armamentului, tehnicii militare, adăposturilor şi a teritoriului;
- efectivul trupelor este supus tratării sanitare;
- este efectuată profilaxia nespecifică prin administrarea antibioticelor cu spectru larg de acţiune;
- conform indicaţiilor se administrează vaccinuri;
- este efectuată depistarea activă a bolnavilor cu semne de maladii contagioase, inclusiv şi prin termometrie;
- persoanele cu semne clinice de maladii infecţioase sunt izolate temporar cu evacuarea ulterioară în spitalul de boli contagioase;
- termenul limită de aflare a trupelor în regim de observare este egal cu perioada maximă de incubaţie a maladiei respective.

Punctele medicale ale unităţilor, detaşamentele medicale independente, spitalele militare trec la regimul de lucru strict antiepidemic. Observarea continuă până la determinarea agentului patogen. Dacă acest agent patogen face parte din grupul maladiilor extrem de contagioase, atunci observarea este înlocuită de carantină.

Regimul de carantină reprezintă un sistem de măsuri de limitare, izolare şi regim special, orientat spre izolarea totală a focarului de boli contagioase şi lichidarea maladiei în el.

Regimul de carantină este aplicat în starea sanitaro-epidemiologică excepţională, iar în unele cazuri şi nesatisfăcătoare.

Acest regim se aplică prin ordinul comandantului Forţelor Armate – Şefului Marelui Stat Major la propunerea medicului-şef al Ministerului Apărării.

Regimul de carantină prevede în principiu aceleaşi măsuri ca şi în regimul de observare, care se îndeplinesc sub un grad de stricteţe accentuat şi anume:

- pe perimetrul focarului sunt instalate pază înarmată şi serviciu comenduire;
- este strict interzisă intrarea şi ieşirea din focar, scoaterea materialelor fără dezinfecţie prealabilă;
- aprovizionarea unităţilor militare, care sunt supuse regimului de carantină, este efectuată prin punctele de transmitere ori pe calea aerului;
- personalul trupelor este dislocat pe subdiviziuni (plutoane, echipe);

- este efectuată depistarea activă a bolnavilor prin examen medical şi cu efectuarea termometriei;
- se efectuează izolarea bolnavilor cu spitalizarea urgentă în spitale cu destinaţie specială (de boli contagioase extrem de periculoase) sau în secţii corespunzătoare;
- în izolatoare, personalul medical activează în echipament special de protecţie, corespunzător maladiei (echipament anticiumă sau antiholeră);
- se efectuează imunizarea efectivului trupelor, integral.

Termenul de aflare a trupelor în regim de carantină corespunde perioadei maxime de incubare a maladiei date din momentul spitalizării ultimului bolnav depistat.

Succesul măsurilor antiepidemice va depinde de argumentarea alegerii lor, de efectuarea corectă, urgentă şi consecutivă a măsurilor antiepidemice alese. Ele trebuie să fie complexe, îndreptate în acelaşi timp spre neutralizarea sursei, întreruperea căilor şi mecanismului de transmitere a infecţiei cât şi spre majorarea nereceptivităţii membrilor colectivităţii către maladia infecţioasă respectivă.

Etapa finală în sistemul de măsuri antiepidemice este monitorizarea epidemiologică a focarului de boli infecţioase lichidat.

Monitorizarea se stabileşte pe un termen de 1–1½ perioade de incubaţie a maladiei, care a avut loc (ultimul caz de îmbolnăvire – în caz de erupţie epidemică).

Sistemul de măsuri antiepidemice expus stă la baza organizării protecţiei antiepidemice a trupelor. În realizarea ei, în funcţie de situaţia concretă, este necesar de a avea o atitudine metodologică unică, de a respecta principiile unice de activitate antiepidemică la trupe.

CARACTERISTICA SITUAŢIEI SANITARO-EPIDEMIOLOGICE A TRUPELOR ŞI RAIONULUI UNDE SE DESFĂŞOARĂ ACTIVITĂŢILE LOR

Situaţia sanitaro-epidemiologică a unităţii se stabileşte prin culegerea datelor ce caracterizează nivelul morbidităţii efectivului prin maladii infecţioase şi pericolul (sau probabilitatea) introducerii infecţiilor în unitate, luând în considerare situaţia epidemică a raionului de dislocare, prezenţa sau absenţa condiţiilor de răspândire a maladiilor infecţioase în rândurile efectivului, care la rândul lor depind de starea sanitaro-igienică şi calitatea îndeplinirii complexului de măsuri sanitaro-igienice şi antiepidemice în unitate.

Aprecierea situaţiei sanitaro-epidemiologice se efectuează separat pentru unitatea militară şi raionul (teritoriului) de dislocare a unităţilor militare.

Aprecierea corectă a situaţiei sanitaro-epidemiologice a trupelor proprii şi a inamicului va ajuta serviciul medical în vederea planificării complexului de măsuri sanitaro-igienice şi antiepidemice îndreptate spre prevenirea erupţiilor de boli infecţioase şi soluţionarea cu succes a sarcinilor asigurării medicale, a acţiunilor de luptă.

Pentru a aprecia situaţia sanitaro-epidemiologică a unităţii militare, în calitate de indicatori, se utilizează rezultatele analizei şi examenului epidemiologic. Dacă la momentul aprecierii situaţiei sanitaro-epidemiologice în unitatea militară nu sunt cazuri de maladii infecţioase, se iau în considerare datele analizei epidemiologice a morbidităţii infecţioase a perioadei precedente.

Stabilirea situaţiei sanitaro-epidemiologice se face pe baza următoarelor date: existenţa bolilor transmisibile în rândul trupelor şi în zonă, în special a celor deosebit de periculoase (ciumă, holeră, dangă, febră galbenă, variolă etc.), starea de igienă a trupelor şi a populaţiei (parazitism, alimentaţie cu apă necorespunzătoare, promiscuitate etc.), existenţa personalului medico-sanitar, a instituţiilor, materialelor antiepidemice în zonă, a epizootiilor etc., prezenţa ori absenţa focarelor bacteriologice inerte sau active, atacul bacteriologic inamic.

Se stabilesc, în funcţie de factorii enumeraţi mai sus, patru categorii de situaţii sanitaro-epidemiologice.

Stare sanitaro-epidemiologică satisfăcătoare se consideră:

- unitatea (marea unitate) – când maladiile contagioase acute lipsesc sau când starea sanitaro-igienică la trupe este satisfăcătoare, dar apar cazuri sporadice de maladii infecţioase (cu excepţia maladiilor extrem de contagioase, cât şi a maladiilor neobişnuite pentru localitatea dată), dacă inamicul n-a folosit arma biologică asupra trupelor, când starea sanitaro-epidemiologică este satisfăcătoare în raionul acţiunii (dislocaţiei) trupelor;
- raionul de dislocare (acţiunilor de luptă) când maladiile contagioase acute în rândul populaţiei lipsesc sau când persistă cazuri sporadice de aşa maladii şi situaţia epizootică nu prezintă pericol în aceste condiţii pentru trupe, cât şi în cazul în care lipseşte informaţia cu privire la folosirea armei biologice în aceste raioane.

Starea satisfăcătoare la trupe şi raioanele unde sunt amplasate, în niciun caz nu poate servi drept argument în vederea diminuării îndeplinirii măsurilor antiepidemice, cum sunt cercetarea sanitaro-epidemiologică, depistarea activă în rândul efectivului a persoanelor suspectate de îmbolnăvire prin maladii infecţioase, purtătoare de germeni şi alte.

Stare sanitaro-epidemiologică nestabilă se consideră:

- unitatea (marea unitate) – când persistă una dintre condiţiile următoare: apariţia cazurilor separate de maladii infecţioase, care anterior nu au fost în-

registrate, sau o majorare neînsemnată a frecvenței maladiilor anterior înregistrate; apariția maladiilor în grup fără tendință spre răspândire în condițiile stării sanitaro-igienice satisfăcătoare în unitatea militară; dislocarea trupelor în raioane cu starea sanitaro-epidemiologică nestabilă sau nesatisfăcătoare;

- raionul dislocării (acțiunilor de luptă) – când persistă una din condiții: apariția în rândul populației a maladiilor infecțioase în grup anterior neînregistrate în condițiile stării sanitaro-igienice satisfăcătoare a teritoriului dat, obiectelor de asigurare cu apă, în lipsa condițiilor de răspândire în masă a maladiilor infecțioase;
- prezența focarelor epizootice cu zoonoze, care prezintă pericolul introducerii lor la trupe; starea sanitaro-igienică nesatisfăcătoare a populației, obiectelor de asigurare cu apă și a teritoriului, aflarea în apropierea raionului dat a focarelor epidemice masive nelichidate sau a focarelor de contaminare bacteriologică.

Despre starea sanitaro-epidemiologică nestabilă a unității (marii unități) sau a raionului de dislocare (acțiunilor de luptă) șeful serviciului medical raportează comandantului și șefului serviciului medical ierarhic superior, prezintă propuneri cu privire la măsurile necesare și organizează controlul îndeplinirii lor.

Dacă trupele, cu stare sanitaro-epidemiologică nefavorabilă se amplasează în raioane cu stare sanitaro-epidemiologică nestabilă, în unitate (marea unitate) se organizează și se efectuează măsuri antiepidemice suplimentare: imunizarea repetată, reducerea contactului efectivului cu populația locală, măsuri îndreptate spre îmbunătățirea stării sanitaro-igienice a raionului, îndeplinirea lor de comun acord cu organele ocrotirii sănătății locale și altele.

În cazul stării sanitaro-epidemiologice a trupelor, șeful serviciului medical al unității elaborează (verifică) planul măsurilor antiepidemice cu indicarea termenelor îndeplinirii, forțelor și mijloacelor antrenate, executorilor responsabili.

Planul se aprobă de comandantul unității.

Stare sanitaro-epidemiologică nesatisfăcătoare se consideră:

- unitatea (marea unitate) când persistă una din condițiile următoare: apariția în rândul efectivului a maladiilor infecțioase în grup și prezența condițiilor pentru răspândirea lor ulterioară; introducerea la trupe a cazurilor de infecții extrem de contagioase (pestă, holeră, variolă); dislocarea trupelor în raioane, starea sanitaro-epidemiologică a cărora este apreciată ca excepțională sau în raionul unde inamicul a folosit arma biologică (cu excepția cazurilor, când a fost stabilit faptul folosirii pestei, holerei, variolei);
- raionul dislocării (acțiunilor de luptă) – când persistă una din condițiile următoare: apariția în rândul populației a maladiilor infecțioase în grup și prezența condițiilor pentru răspândirea lor ulterioară; apariția cazurilor

sporadice de infecții extrem de contagioase după folosirea de către inamic a armei biologice (cu excepția factorilor patogeni ai infecțiilor extrem de contagioase.

Unitatea militară (marea unitate) sau raionul se anunță nesatisfăcătoare din punct de vedere sanitaro-epidemiologic prin decizia șefului Marelui Stat Major al Forțelor Armate. În acest caz, de regulă, se stabilește regimul de observare și dirijarea nemijlocită a măsurilor antiepidemice o exercită șeful serviciului medical. El organizează elaborarea planului de măsuri antiepidemice, folosind pentru executarea lor forțele și mijloacele din subordine. Suplimentar la măsurile antiepidemice, prevăzute pentru starea sanitaro-epidemiologică nestabilă, se îndeplinesc un șir de măsuri îndreptate spre limitarea contactului efectivului dintre subdiviziuni (unități), cât și cu efectivul unităților din vecinătate.

În caz de depistare în raionul de dislocare sau în acțiunile de luptă a focarelor epidemice, comandantul, la raportul șefului serviciului medical al unității (marii unități), întreprinde măsuri pentru izolarea lor.

Lucrările în focarele epidemice depistate au loc sub conducerea și cu participarea nemijlocită a specialiștilor-epidemiologi și a instituțiilor sanitaro-epidemiologice ierarhic superioare.

Stare sanitaro-epidemiologică excepțională se consideră:

- unitatea (marea unitate) – când persistă una dintre condițiile următoare: majorarea numărului maladiilor infecțioase în rândul efectivului într-un timp scurt, ce contribuie la pierderile capacității de luptă a unității (marii unități); apariția repetată a cazurilor de maladii extrem de contagioase sau apariția în grup a acestui gen de maladii; stabilirea faptului folosirii de către inamic asupra unității (marii unități) a armei biologice cu recepturi de maladii extrem de contagioase;
- raionul dislocării (acțiunilor de luptă), în una din următoarele condiții: apariția în rândul populației a maladiilor extrem de contagioase în grup; răspândirea pe larg a altor maladii infecțioase periculoase pentru trupe; folosirea de către inamic a germenilor de maladii extrem de contagioase în calitate de armă biologică; activizarea focarelor naturale de pestă și apariția îmbolnăvirilor de pestă la persoane.

Starea sanitaro-epidemiologică excepțională în unitate (marea unitate) se declară prin ordinul comandantului Forțelor Armate. În unitate (marea unitate) se instalează carantina. Pentru aceasta, unităților (marilor unități) li se stabilesc raioane speciale cu destinație pentru izolarea lor, unde la dispoziția șefului serviciului medical sunt îndreptate forțe și mijloace necesare.

Dacă situaţia nu permite la moment scoaterea unităţii din acţiunile de luptă în raionul depistat cu carantină, atunci, până la apariţia momentului favorabil, în unitate se stabileşte regimul de observare. Măsurile antiepidemice în unitate (marea unitate) şi în raionul de dislocare le organizează şeful serviciului medical ierarhic superior cu antrenarea forţelor şi mijloacelor subordonate lui. Raioanele unde este declarată starea sanitaro-epidemiologică excepţională nu pot fi destinate pentru amplasamentul trupelor. La necesitate, în dependenţă de condiţiile situaţiei de luptă, de a ocupa raionul dat, se preiau următoarele măsuri: trupele vor fi amplasate în afara localităţilor, completamente se exclude contactul efectivului cu populaţia locală, serviciul medical îndeplineşte un complex de măsuri îndreptate spre lichidarea focarelor epidemice.

Tot efectivul trupelor, destinat amplasamentului în raionul dat, va fi supus imunizării profilactice împotriva acelor infecţii, care au servit drept cauză a declarării stării sanitaro-epidemiologice excepţionale.

Şeful serviciului medical întreprinde diverse măsuri în rândul efectivului şi populaţiei locale în vederea preîntâmpinării introducerii şi răspândirii maladiilor infecţioase la trupe. O măsură mai eficientă, în vederea protecţiei trupelor de introducerea maladiilor infecţioase la efectiv, este lucrul de comun acord al serviciului medical cu organele locale de ocrotire a sănătăţii cu privire la lichidarea epidemiilor în rândul populaţiei.

Regimul de observare prezintă un sistem de măsuri de izolare, limitare şi profilactice orientate spre preîntâmpinarea răspândirii bolilor contagioase.

El este stabilit prin ordinul comandantului unităţii, marii unităţi militare la propunerea şefului serviciului medical. În acelaşi timp, trupele îşi continuă acţiunile de luptă. Acest regim se aplică în situaţia sanitaro-epidemiologică nesatisfăcătoare la trupe.

Măsurile întreprinse în regim de observare:

- limitele focarului sunt trasate cu semne speciale. Este limitată intrarea şi ieşirea transportului în focar;
- este limitat contactul dintre unităţi şi subunităţi;
- se efectuează dezinfecţia armamentului, tehnicii militare, adăposturilor şi a teritoriului;
- personalul trupelor este supus tratării sanitare;
- este efectuată profilaxia nespecifică cu antibiotice cu spectru larg de acţiune;
- după indicaţii sunt efectuate vaccinările;
- este efectuată depistarea activă a bolnavilor cu semne de boli contagioase, inclusiv cu termometria;
- persoanele cu semne de boli contagioase sunt izolate temporar cu evacuarea de mai departe în spitalul de boli contagioase;

- termenul de aflare a trupei în regim de observare este egal cu termenul maxim de incubație pentru maladia dată.

Punctele medicale ale unităților detașamentelor medicale independente, spitalele militare trec la regim de lucru antiepidemic. Observarea continuă până la determinarea agentului patogen, dacă acest agent patogen este al unei infecții contagioase deosebit de periculoase, este înlocuită cu carantina.

Regimul de carantină reprezintă un sistem de măsuri de limitare, izolare și regim special orientat spre izolarea totală a focarului de boli contagioase și spre lichidarea maladiei în el. Trupa (trupele) aflate în regim de carantină sunt scoase din acțiunile de luptă.

Regimul de carantină este aplicat în starea sanitaro-epidemiologică excepțională, iar în unele cazuri și nesatisfăcătoare.

Acest regim este aplicat prin ordinul comandantului FA ori Șefului Marelui Stat Major la propunerea medicului-șef al FA.

Regimul de carantină prevede în principiu aceleași măsuri ca și în regimul de observare, însă mai stricte și anume:

1. Pe perimetrul focarului este instalată paza înarmată și serviciul comenduire.
2. Este strict interzisă intrarea și ieșirea din focar, scoaterea materialelor fără dezinfecție prealabilă.
3. Aprovizionarea unităților militare, care sunt supuse regimului de carantină, este efectuată prin punctele de transmitere (transmisie) ori pe calea aerului.
4. Personalul trupelor este dispus pe subunități (plutoane, echipe).
5. Este efectuată depistarea activă a bolnavilor prin examen medical și cu termometrie.
6. Este efectuată izolarea urgentă a bolnavilor și spitalizarea lor în spitale speciale (de boli contagioase deosebit de periculoase sau în secții corespunzătoare).
7. În izolatoare personalul medical activează în echipament de protecție, corespunzător maladiei (echipament anticiumă ori antiholeră).
8. Este organizată și efectuată vaccinarea personalului trupei.

Termenul de aflare a trupei în regim de carantină este egal cu termenul de incubare a maladiei date de la ultimul bolnav depistat. Dacă în această perioadă se depistează cazuri noi de îmbolnăviri, ciclul se repetă până la dispariția totală a maladiei.

Capitolul VI.
PROTECŢIA MEDICALĂ A TRUPELOR ŞI ETAPELOR DE EVACUARE MEDICALĂ DE ACŢIUNEA ARMELOR DE NIMICIRE ÎN MASĂ

Noţiune şi obiective

Protecţia trupelor, obiectelor logistice de acţiunea armelor de nimicire în masă reprezintă un sistem de măsuri operativ-tactice, inginereşti-tehnice şi medicale, având scopul de a diminua maxim acţiunea factorilor lezanţi asupra efectivului, armelor şi tehnicii militare, de a păstra capacitatea de luptă şi de a asigura îndeplinirea cu succes a misiunilor de luptă stabilite.

Comandantul este organizatorul şi conducătorul îndeplinirii măsurilor de protecţie de armele de nimicire în masă (ANM), volumul şi conţinutul lor se stabileşte în corespundere cu situaţia de luptă la moment.

Compartimente importante ale sistemului de protecţie a trupelor sunt: amenajarea genistică a raionului de dislocare a trupelor (utilizarea proprietăţilor de mascare a reliefului); starea (amenajarea) căilor de evacuare şi manevră; prezenţa şi funcţionarea permanentă a sistemului de transmisiuni, informare şi alertă a trupelor în caz de pericol şi începutul folosirii de către inamic a armelor de nimicire în masă (poluarea radioactivă, chimică şi bacteriologică).

Măsurile antiepidemice, sanitaro-igienice şi profilactice speciale, îndreptate spre prevenirea leziunilor actinice, chimice şi infecţioase, sunt parte componentă a sistemului de protecţie a trupelor de ANM. Măsurile îndeplinite de serviciul medical în vederea protecţiei efectivului trupelor şi etapelor de evacuare medicală sunt parte componentă a asigurării medicale a acţiunilor de luptă a trupelor.

Protecţia medicală reprezintă măsurile serviciului medical îndreptate spre prevenirea şi diminuarea acţiunii undelor ionizante, toxicelor de luptă şi mijloacelor biologice (bacteriologice) asupra efectivului.

La măsurile de bază ale protecţiei medicale se referă:

- asigurarea efectivului cu mijloace medicale de protecţie;
- pregătirea efectivului trupelor pentru acordarea primului ajutor în caz de leziuni nucleare, chimice şi biologice (bacteriologice);
- participarea grupelor medicale, în componenţa detaşamentelor de lichidare a consecinţelor folosirii ANM şi acordarea ajutorului medical;
- efectuarea măsurilor curativo-evacuatorii în procesul lichidării consecinţelor folosirii armei atomice şi chimice;
- indicaţia specifică a agenţilor biologici (bacteriologici) şi participarea la măsurile de limitare-izolare în cazul lichidării urmărilor armei biologice (bacteriologice);

- controlul medical asupra tratării sanitare în caz de poluare cu substanțe radioactive (SR), substanțe toxice de luptă (STL) și mijloace bacteriene (MB);
- controlul medical asupra alimentației, asigurării cu apă a trupelor, care activează în zone poluate;
- controlul medical asupra militarilor, care au fost supuși acțiunii factorilor nocivi ai ANM, dar și-au păstrat capacitățile de luptă.

PROTECȚIA MEDICALĂ ANTINUCLEARĂ. GENERALITĂȚI

Mijloacele tehnice de protecție individuală și colectivă

În sistemul de protecție de acțiunea factorilor lezanți de origine radioactivă și chimică (ANM, accidente chimice și radiaționale, catastrofe), alăturat de mijloacele medicale de protecție, un loc important le revine mijloacelor tehnice de protecție individuală și colectivă.

Mijloacele de protecție individuală

În caz de acțiune a factorilor lezanți de origine chimică și radioactivă, folosirea cât mai precoce în complex a mijloacelor de protecție medicală și tehnice asigură un grad înalt de protecție a efectivului.

De exemplu, în cazul folosirii armei chimice, substanțelor organo-fosforice (SOF), îmbrăcarea la timp a măștii antigaz împreună cu folosirea pachetului antichimic individual și a antidotului (afin, budaxim) asigură o diminuare considerabilă a volumului pierderilor sanitare cât și a celor irecuperabile.

Măsurile protecției medicale	Timpul îndeplinirii măsurilor de protecție medicală după primirea semnalului „Alarmă chimică", sec.	Pierderi irecuperabile, %	Pierderi sanitare, %
Îmbrăcarea măștii antigaz	120	70–80	25–30
Îmbrăcarea măștii antigaz	30	50–60	15–20
Îmbrăcarea măștii antigaz, folosirea pachetului antichimic individual	30	20–25	10–15
Îmbrăcarea măștii antigaz, folosirea pachetului antichimic individual, administrarea antidotului SOF, autoajutor, ajutor reciproc	30	5–10	5–10

Mijloacele tehnice de protecție individuală se împart în următoarele grupe: pentru protecția organelor de respirație (MIPOR); pentru protecția ochilor (MIPOCHI); pentru protecția pielii (MIPP).

Mijloacele de protecție individuală a organelor de respirație (MIPOR) includ: măștile antigaz, respiratoarele, aparatele de respirație izolante, cutia filtrantă suplimentară.

Mijloacele de protecție a organelor de respirație se mai împart în:

– filtrante și izolante, cât și după mecanismul de protecție;

– pentru trupe și speciale – după destinație.

Mecanismul de protecție	Pentru trupe	Speciale
FILTRANTE	Masca antigaz de proporții mici (PMG) Masca antigaz de proporții mici (PMG–2) Masca antigaz cu cutie (MAC; MAC–2; MAC–3) Respirator R–2 Respirator pentru trupe universal - RTU	Masca antigaz universală pentru trupe de rachete Masca antigaz modernizată pentru trupe de rachete Masca antigaz filtrantă pentru piloți Respirator maritim Cutie filtrantă suplimentară
IZOLANTE	Aparat de respirație izolant ARI– 4 Aparat de respirație izolant ARI– 4M Aparat de respirație izolant ARI–5	Aparat de respirație izolant ARI–6 Aparat de respirație portativ ARP–3 Aparat de respirație prin tub

Măștile antigaz de tip filtrant sunt destinate pentru protecția căilor de respirație, ochilor și pielii feței de substanțe toxice de luptă, substanțe radioactive și mijloacele biologice, cât și pentru diminuarea acțiunii luminescente a exploziilor nucleare.

Mecanismul de protecție este asigurat de faptul că aerul inspirat inițial este curățat de substanțe nocive prin intermediul unui filtru în urma proceselor de absorbție, hemosorbție, cataliză și filtrare de sorbentul granulat.

Principalul component al măștii antigaz este cutia filtrantă, în care sunt cuprinse: filtrul antiaerosol (antifum), absorbantul chimic și cărbunele activat, celelalte componente - masca de față, tubul de legătură, blocul supapelor și altele, au menirea de a conduce aerul filtrant spre căile de respirație, de a proteja ochii și pielea feței. Toate părțile componente se păstrează într-o trusă de țesătură.

Măștile antigaz de tip filtrant asigură o protecție eficientă a efectivului timp de 15–30 de ore; măștile de față asigură protecția omului de toxice de luptă sub formă de picături timp de 6–10 ore.

Timpul îmbrăcării măștii antigaz în focarele chimice, radioactive și bacteriene nu trebuie să depășească 10 secunde.

Respiratoarele au destinaţia de a proteja organele de respiraţie de aerosoli cu substanţe radioactive şi biologice. Ele nu protejează de vapori ai toxicelor de luptă şi nu îmbogăţesc aerul inspirat cu O_2, de aceea pot fi folosite în atmosfera lipsită de toxice de luptă cu conţinut de O_2 nu mai puţin de 17%.

Aparatele de respiraţie izolante au destinaţia de a proteja organele de respiraţie, faţa şi ochii în condiţiile, când în atmosferă sunt prezente substanţe toxice, care nu se reţin în cutia de filtru a antigazelor filtrante, CO în concentraţii mari >1% ş.a.; în condiţii de lipsă sau în concentraţii mici în aer; în condiţii de lucru în focare chimice cu concentraţii mari de toxice de luptă în aer; în condiţii de trecere pe sub apă cu tehnica militară; îndeplinirea unor misiuni sub apă la adâncimi mici.

În aparate izolante persoana respiră cu un amestec de gaze cu conţinut sporit de O_2 şi CO_2, conţinutul de O_2, de obicei, constituie 70–90%, de CO_2 – 2–3%. Este foarte periculoasă situaţia când concentraţia O_2 în aerul inspirat constituie 9–11%, iar CO_2>3%.

După principiul asigurării cu O_2 aparatele de respiraţie izolante se împart în pneumatogene şi pneumatofore.

- Pneumatogene sunt aparatele în care oxigenul se produce într-un dispozitiv regenerativ în urma unei reacţii chimice (oxigenul se eliberează din compuşi în urma interacţiunii lor cu CO_2 şi vaporii de apă din aerul expirat).
- Pneumatofore sunt aparatele în care O_2 se află în butelii sub formă comprimată.

Aparatele de respiraţie de tip izolant asigură un grad foarte înalt de protecţie în situaţii dificile, dar trebuie să ţinem cont de faptul că cerinţele de securitate tehnică, regimul de lucru este necesar să fie respectate cu mare stricteţe şi nu mai puţin important este faptul că persoanele trebuie să treacă o instruire specială, de antrenament periodic de lucru cu ele.

Regimul de lucru în aparate izolante, min.

Intensivitatea efortului fizic	**ARI–4 (ARI–4M)**	**ARI–5**	**ARP–3**
Stare de linişte relativă:			
– pe pământ	180	200	150
– în apă	–	120	–
Efort fizic uşor:			
– pe pământ	180	200	150
– în apă	–	90	–
Efort fizic mediu:			
– pe pământ	60 (75)	75	50
Efort fizic greu:			
– pe pământ	30 (40)	45	20

Factorii ce determină regulile de utilizare a mijloacelor de protecţie a organelor de respiraţie.

Aflarea persoanei în mijloace de protecţie este însoţită de anumite schimbări ale unor funcţii fiziologice ale organismului.

Gradul de evidenţă a lor depinde de starea sănătăţii, antrenament şi caracterul genului de activitate a efectivului.

Măştile antigaz filtrante şi izolante, datorită construcţiei şi funcţionării lor, influenţează respiraţia, jenând-o. Influenţa este determinată de rezistenţa opusă respiraţiei, spaţiul mort, presiunea asupra pielii feţei şi influenţa asupra organelor de simţ.

Rezistenţa respiraţiei: aerul, care pătrunde prin cutia filtrantă, până să ajungă la căile respiratorii, întâlneşte o serie de obstacole (filtrul, absorbantul universal, ridurile tubului de legătură, supapa de inspiraţie, pipele), care-i opun rezistenţă. În caz de efort fizic uşor rezistenţa inspirului constituie circa 25–30 mm col. apă, efort greu – circa 250–280 mm col. apă. Ca urmare, creşte ritmul respiraţiei, diminuează respiraţia pulmonară, respiraţia devine superficială, la rândul său apare tahicardia, creşte volumul de sânge spre ventriculul drept, au loc îngreunarea sistolei, stază în circuitul mic şi sistemul portal, astfel contribuind la dereglarea funcţiilor vitale ale organismului.

Spaţiul mort: reprezintă spaţiul dintre suprafaţa internă a măştii propriu-zisă şi faţă, în care se reţine o parte din aerul expirat, mai bogat în bioxid de carbon şi vapori de apă şi cu temperatură mai ridicată decât cea a aerului din mediul ambiant. La măştile contemporane spaţiul mort constituie circa 200 cm^3. Spaţiul mort, prin mărirea cantităţii de CO_2, a umidităţii şi temperaturii aerului inspirat, jenează respiraţia. Compoziţia aerului alveolar se modifică, crescând tensiunea parţială a CO_2, intensificându-se astfel ventilaţia pulmonară. Respiraţia devine mai superficială, frecventă, fapt care conduce la mărirea vitezei aerului ce trece prin cutia filtrantă şi deci la mărirea rezistenţei opuse respiraţiei.

Influenţa negativă a părţii faciale a măştii antigaz asupra organelor de simţ constă din:

- micşorarea câmpului vizual = 30–50%;
- dereglarea acuităţii văzului binocular;
- dereglări auditive în direcţia scăderii;
- dereglări olfactive (gustul, mirosul);
- diminuarea intensităţii glasului (35–40%);
- presiune marcată asupra ţesuturilor moi ale feţii şi capului cu senzaţii de durere şi hiperemie, ce reduce considerabil timpul aflării în masca antigaz, vara provocând maceraţii dermice, cicatrice, iarna – degerături.

Influenţa nocivă a măştii antigaz asupra funcţiei organelor de respiraţie şi cordului se reflectă asupra capacităţii de muncă şi de luptă a celui care foloseşte

masca antigaz, iar tulburările pe care le provoacă se pot înlătura prin antrenament sistematic.

Antrenamentul respectiv constă din două componente – exerciţii şi sport pentru dezvoltarea şi întărirea organismului, şi exerciţii speciale cu folosirea mijloacelor de protecţie în timpul antrenamentului.

Şeful serviciului medical supraveghează acest gen de activitate, participă la elaborarea planurilor de antrenament.

Folosirea măştilor antigaz la protejarea răniţilor şi bolnavilor

În condiţiile folosirii armei chimice mijloacele de protecţie de gaze ocupă un loc important în protejarea răniţilor şi bolnavilor.

În funcţie de caracterul leziunii sau îmbolnăvirii, capacitatea răniţilor şi bolnavilor de a folosi mijloacele de protecţie la etapele medicale se împarte în patru grupe:

I. Cei care pot folosi mijloacele de protecţie pentru trupe şi de sine stătător le îmbracă.

II. Cei care pot folosi măştile antigaz pentru trupe, dar necesită ajutor la îmbrăcarea lor.

III. Cei care necesită mască antigaz specială pentru răniţi la cap.

IV. Cei care necesită protecţie în edificii de protecţie colectivă, deoarece utilizarea măştii antigaz este contraindicată.

Persoana (rănitul sau bolnavul) care se află cu mască antigaz necesită un monitoring permanent (starea pielii feţei, pupilele, frecvenţa respiraţiei şi pulsului) şi îngrijiri.

O parte din răniţi şi lezaţi în conformitate cu starea de sănătate nu se pot folosi de măşti antigaz.

Contraindicaţiile medicale în vederea folosirii măştilor antigaz pot fi absolute şi relative.

Absolute – la ele se referă leziunile şi maladiile grave în cazul când şi în stare de repaus folosirea măştilor antigaz nu este posibilă şi este legată de un risc major:

- leziuni penetrante ale cutiei toracice şi toate leziunile craniului însoţite de tensiune intracraniană sporită;
- hemoragii pulmonare, nazale, gastrice;
- stare de inconştienţă;
- vomă încontinuu;
- convulsii;
- maladii organice ale cordului cu semne de decompensare;
- scleroză a vaselor coronariene cu stenocardie;
- maladii grave pulmonare şi ale pleurei (pneumonii, edem pulmonar, abcese, pleurite exsudative).

Relative – maladii, când se permite folosirea măştilor antigaz, dar cu atenţie şi un timp limitat: cei cu maladii cardiovasculare funcţionale, anemii, cei cu boala Basedow, cu afecţiuni renale etc.

Lezaţii din această categorie pot folosi măşti antigaz numai pentru salvarea vieţii în caz de atac chimic.

Mijloacele de protecţie a pielii

Mijloacele de protecţie a pielii au destinaţia de protejare a pielii de acţiunea substanţelor toxice de luptă cu acţiune cutanată, substanţe radioactive, bacteriene şi toxine, de acţiunea iradiaţiei luminescente a exploziei nucleare şi a amestecurilor de foc.

După mecanismul de protecţie mijloacele de protecţie a pielii se împart în izolante şi filtrante.

După modul de folosire mijloacele de protecţie pot fi:
- pentru folosire permanentă;
- pentru folosire periodică;
- de o singură folosinţă.

Mijloacele individuale de protecţie a pielii

Mecanismul de protecţie	Pentru trupe	Speciale
Filtrante	Set-costum complex de protecţie modernizat pentru trupe (CCPT-M) Costum de protecţie din plasă (CPP)	Costum complex de protecţie pentru paraşutişti Set de protecţie marin (CPM-2)
Izolante	Set de îmbrăcăminte de protecţie filtrant (CÎPF) Set de protecţie pentru trupe (CPT)	Costum de protecţie uşor (L-1) Set de protecţie marin (CPM-1) Set de protecţie nr.6

CARACTERISTICA DE EXPLOATARE

Protecţia pielii cu mijloacele de protecţie de tip filtrant se bazează pe neutralizarea substanţelor toxice (vapori, picături) în timpul trecerii lor prin stratul hainelor şi lenjeriei de corp, din timp impregnate cu substanţe degazante speciale (recepturi speciale).

Costumele şi seturile individuale de protecţie a pielii constituie îmbrăcăminte (exterioară şi lenjeria de corp) confecţionată din materiale şi după tehnologii speciale, impregnată cu recepturi degazante speciale, protejând pielea persoanei de acţiunea substanţelor toxice de luptă (vapori şi lichide), aerosolului radioactiv, mijloacelor biologice şi iradierii iluminante a exploziei nucleare, de factorii nocivi ai mediului ambiant. În condiţii nocive ele se folosesc în îmbinare cu mijloacele de protecţie a organelor de respiraţie. Protecţia de foc este asigurată prin impregnarea stratului superficial al îmbrăcămintei cu soluţii speciale şi serveşte pe o perioadă de cinci luni.

Timpul de protecţie contra substanţelor toxice de luptă constituie 3–24 de ore.

Factorii mediului ambiant (umiditatea ş.a.), spălatul costumului micşorează gradul de protecţie, de aceea o dată în 2–2,5 luni se efectuează o impregnare repetată.

Mijloacele individuale de protecţie a pielii de tip izolant sunt seturi de îmbrăcăminte confecţionate din material special, care reţine la suprafaţă substanţele toxice de luptă şi numai în unele cazuri toxicele lichide (iperitele, SOF) pătrund lent în straturile materialului. Datorită faptului că materialele date nu permit pătrunderea aerului, hainele confecţionate după tehnologii speciale asigură izolarea corpului de mediul ambiant. Pentru asigurarea izolării depline a organismului completele respective se folosesc în îmbinare cu mijloacele de protecţie a organelor de respiraţie de tip filtrant sau izolant.

Influenţa mijloacelor de protecţie a pielii asupra organismului

Din punct de vedere medical, îmbrăcămintea de protecţie izolantă prezintă un interes deosebit, deoarece activitatea în asemenea vestimentaţie în anumite condiţii poate conduce la tulburări grave de termoreglare a organismului în urma reducerii pierderii de căldură.

În procesul de exploatare a îmbrăcămintei de protecţie de tip izolant în urma schimbării raportului dintre termogeneză şi termoliză se produc tulburări de termoreglare a organismului. Termoliza în îmbrăcămintea izolantă brusc scade.

Aceasta influenţează toate căile termolizei – termoconducerii şi convecţiei, termoiradierii şi evaporării transpiraţiei de pe piele.

Condiţiile cu temperaturi înalte ale aerului, radiaţia solară şi eforturile fizice intensive a persoanei uşor conduc la insolaţie şi ulterior la şoc termic.

Semnele de bază ale insolaţiei sunt hipertermia până la 38–41°C, slăbiciunile marcate, cefaleea, tahicardia, hiperemia (uneori paliditatea) feţei. În cazuri grave – şocul termic cu pierderi de cunoştinţă.

Costumul complex de protecţie pentru trupe

Termenele admisibile de aflare în mijloace de protecţie izolante în dependenţă de temperatura aerului şi efortul fizic în ore.

MIJLOACELE DE PROTECŢIE	EFORTUL FIZIC ŞI TEMPERATURA AERULUI, °C							
	UŞOR (180 kkal/oră)				GREU (450 kkal/oră)			
	10°	20°	30°	40°	10°	20°	30°	40°
Costum complex de protecţie pentru trupe (CCP-Tr)	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	3,0	1,5	1,0
CCPTr + masca antigaz + ciorapi + mănuşi	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	2,0	1,0	0,6
CCPTr + complet de protecţie pentru trupe + masca antigaz	8,0	2,0	1,0	0,7	4,0	0,5	0,4	0,3

Pentru a păstra maximal capacitatea de muncă în costumul de protecţie de tip izolant se recomandă:

- de a-l păstra în umbră
- de a-l îmbrăca nemijlocit înainte de a începe lucrul;
- de a lucra fără mişcări inutile, de a respecta un ritm uniform;
- de a stropi după posibilitate îmbrăcămintea cu apă rece;
- controlul permanent asupra persoanelor care lucrează;
- antrenament sistematic în costume de protecţie cu scopul de a forma deprinderi practice optime de lucru.

Mijloacele individuale de protecţie a ochilor

Protecţia ochilor se poate realiza prin folosirea unor ochelari speciali, prevăzuţi cu ramă de cauciuc, care aderă etanş la pielea din jurul orbitelor, cu sticle din material fotocromic utilizat în blocurile fotofiltrelor. Protecţia ochilor de iradierea luminescentă a exploziei nucleare constituie absorbţia energiei impulsului luminescent de fotofiltrele fotocromice şi infraroşii.

Dar, deoarece majoritatea substanţelor toxice, care pătrund prin mucoasa oculară, pătrund şi prin căile respiratorii, protecţia ochilor se realizează prin folosirea măştilor antigaz.

Mijloacele de protecţie colectivă

Mijloacele de protecţie colectivă prezintă edificii şi obiecte special amenajate pentru protecţia oamenilor de acţiunea armelor nucleare, chimice şi biologice, armelor contemporane.

Aceste edificii şi obiecte asigură lucrul în continuu al punctelor medicale şi instituţiilor curative desfăşurate în ele.

În dependenţă de amenajare şi exploatare obiectele de protecţie se împart în:

- edificii de protecţie staţionare;
- obiecte mobile (tehnica militară).

Eficienţa edificiilor inginereşti-tehnice, cu destinaţie de protecţie colectivă, depinde de particularităţile constructive şi de prezenţa instalaţiilor speciale.

Evidenţiem două tipuri de edificii de protecţie – deschise şi închise.

Deschise sunt aşa edificii simple ca tranşeele, văgăunile etc., ele pot diminua pierderile în urma acţiunii undei de şoc a exploziei nucleare şi a armei de foc, parţial protejează de radiaţia luminescentă şi ionizantă; nu protejează de toxicele de luptă, mijloacele biologice şi toxine.

Edificiile închise asigură un grad mai înalt de protecţie a trupelor, răniţilor şi bolnavilor, aşa cum sunt blindajele şi adăposturile de diferite tipuri, cu sau fără sisteme de ventilare.

Protecţia deplină şi eficientă a trupelor de toţi factorii nocivi ai armelor de nimicire în masă este asigurată de adăposturi speciale. În ele se organizează lucrul fără întrerupere al instituţiilor curative, adăpostirea răniţilor şi bolnavilor, fără de a folosi mijloacele individuale de protecţie.

Aşa edificii de protecţie colectivă dispun de energie electrică, rezerve de apă potabilă, alimente, sisteme de transmisiuni etc. pentru asigurarea funcţionării în regim autonom un timp îndelungat (până la o lună de zile).

Amenajarea antichimică a edificiilor de protecţie include:

- ermetizarea localurilor de bază şi camerelor-ecluze;
- ermetizarea intrării şi ieşirii din adăpost cu sisteme de uşi speciale;
- amenajarea cu agregate de filtrare şi ventilare, asigurare cu aer curat;
- amenajarea cu sisteme de încălzire a încăperilor.

Adăposturile trebuie să corespundă şi să asigure cerinţele sanitaro-igienice în condiţiile aflării în ele a oamenilor. Să asigure intrarea şi ieşirea din ele în condiţiile poluării mediului ambiant cu substanţe toxice, radioactive şi bacteriene.

Adăposturile cu destinaţie medicală au unele particularităţi constructive:

- camere-ecluze cu lungimea nu mai puţin de 3 m (dimensiunile brancardelor sanitare);
- trebuie să dispună de două intrări separate.

Lucrul sistemelor de filtrare-ventilare asigură condiţii necesare sanitaro-igienice, exclude pătrunderea aerului poluat în interiorul adăpostului, sunt strict delimitate regulile de intrare în adăpost, scoaterea mijloacelor individuale de protecţie, tratarea specială parţială şi alte măsuri.

Aflarea pe un timp mai îndelungat a persoanelor în obiectele de protecţie colectivă este legată de acţiunea asupra organismului a mai multor factori nocivi

condiționați de schimbul componenților chimici ai aerului și de proprietățile lui fizice, în mare măsură cauzate de procesele și funcțiile vitale ale persoanelor care se află în edificiu.

În aer crește concentrația de CO_2 și scade concentrația de O_2, se acumulează hidrogen sulfurat, amoniac și alți componenți gazoși.

Pentru a menține condițiile sanitaro-igienice este strict necesar de a respecta normele stabilite pentru așa obiecte, de a menține curățenia în încăperi.

Concentrația de O_2 în încăperile pentru efectiv trebuie să fie nu mai mică decât 19,5%, iar în punctele de comandă și medicale să constituie 20%, cea de CO_2 – 0,3–0,5%. În adăposturile pentru trupe ventilarea se efectuează din calculul de 2 m^3 de aer pentru o persoană, în cele cu destinație medicală – de 5 m^3 pentru o persoană.

Temperatura aerului în condițiile umidității de 70% nu trebuie să depășească +23°C, iar în cele cu destinație medicală nu se admite umiditatea aerului mai mult de 60%, <20°C.

Mijloacele colective de protecție sunt edificii inginerești-tehnice complicate, necesită respectarea strictă a cerințelor de construcție și exploatare, numai în așa condiții ele vor asigura protecția eficientă a efectivului de acțiunea armelor de nimicire în masă.

CERCETAREA RADIOLOGICĂ ȘI CHIMICĂ ÎN UNITĂȚILE ȘI SUBDIVIZIUNILE SERVICIULUI MEDICAL

Cercetarea radiologică și chimică ocupă un loc important în complexul de măsuri în scopul asigurării securității radiologice și chimice a instituțiilor curative, trupelor în condițiile folosirii armelor de nimicire în masă, accidentelor la obiectele atomo-energetice și de producere, păstrare și transportare a substanțelor puternic toxice de origine chimică. Ea se desfășoară cu scopul aprecierii nivelului poluării radioactive pe teren, identificării substanțelor toxice, timpului acțiunii lor în concentrații periculoase, informării trupelor despre faptul poluării radioactive și chimice, necesității efectuării măsurilor de protecție.

Părți componente ale cercetării radiologice și chimice sunt:

- observarea (monitoringul) neîntreruptă ce permite aprecierea din timp a schimbului fondului radioactiv pe teren și apariția substanțelor toxice de luptă în mediul ambiant;
- controlul radiologic și chimic, ale cărui rezultate permit aprecierea stării de gătință de luptă a trupelor și stabilirea volumului de măsuri pentru lichidarea consecințelor poluării radioactive și chimice.

Mijloacele şi metodele cercetării radiologice

Asigurarea securităţii radiologice în zonele poluării radioactive a teritoriului se obţine prin efectuarea neîntreruptă, permanentă a observării (monitoringului) şi cercetării, controlului dozelor de iradiere a efectivului, precum şi prin desfăşurarea controlului radiometric în zonele de poluare şi după ieşirea din ele.

Pentru depistarea şi măsurarea undelor ionizante se utilizează aparate dozimetrice, care se împart în aparate pentru aprecierea puterii dozei (indicatori ai radioactivităţii, roentgenometre, radiometre) şi dispozitive de măsurare a dozei (dozimetre).

Metodele de apreciere a undelor ionizante în aceste aparate se bazează pe diverse principii fizico-chimice (ionizarea gazului în cameră la interacţiunea undelor cu substanţe, aprecierea rezultatului reacţiilor chimico-radiologice apărute în urma acţiunii undelor ionizante (radioliza apei şi a.), mai sunt şi alte metode - fotografice, scintilatoare, luminescente ş. a.

Din grupul roentgenometrelor-radiometre fac parte:

- indicatorul-semnalizator DP–64 cu destinaţie de observare permanentă în regim automat cu semnale sonore şi luminescente (începând cu doza de 0,2 R/oră şi mai mult);
- aparatul pentru aprecierea puterii, dozei IMD–21 (staţionar - IMD–21S, mobil - IMD–21B) cu diapazonul de la 1R/oră până la 10000 R/oră; DP–5V cu diapazonul de 0,05 mR/oră - 200 R/oră;
- aparatul de apreciere universal IMD–12 cu diapazonul de 10 mkR/oră–999 R/oră, având şi posibilitatea de apreciere a gradului de poluare după α- şi β-activitate, a alimentelor, apei, hranei pentru animale.

La acţiunea radiaţiei penetrante asupra omului în urma exploziei nucleare sau radiaţiei externe în zonele cu poluare radioactivă factorul de bază, care apreciază gradul leziunilor, este doza de iradiere.

Aprecierea dozelor de iradiere a efectivului, răniţilor şi bolnavilor se efectuează cu ajutorul dozimetrelor.

Pentru aprecierea dozelor la trupe se utilizează dozimetre din setul DP–22V-DKP - 50A şi ID–11.

Dozimetrele individuale DP–70MP şi ID–11 se utilizează pentru diagnosticul leziunilor actinice şi aprecierea gradului de gravitate a lor la răniţi şi bolnavi la etapele medicale.

Dozimetrul ID–11 acumulează doza de iradiere γ şi γ+ neutroni, în diapazon de la 10 la 1500 rad., primită treptat şi consecutiv într-un timp îndelungat (până la 12 luni).

ORGANIZAREA ŞI EFECTUAREA CONTROLULUI DOZIMETRIC AL EFECTIVULUI, RĂNIŢILOR ŞI BOLNAVILOR LA ETAPELE MEDICALE

Controlul dozimetric se organizează în scopul obţinerii informaţiei despre dozele de iradiere a efectivului, răniţilor şi bolnavilor. El se efectuează în cazul, când efectivul activează în condiţiile acţiunii undelor ionizante:

- pe timp de pace – în cazul lucrului cu sursele de unde ionizante;
- în campanie – în cazul acţiunilor de luptă în condiţiile folosirii de către inamic a armei nucleare, cât şi în condiţiile accidentelor la obiectele complexului atomoenergetic.

Controlul dozimetric se divizează în controlul la trupe şi individual.

Controlul dozimetric la trupe (sau în grup) se efectuează în campanie cu scopul de a obţine informaţie referitor la iradierea efectivului şi aprecierea capacităţii de luptă a subdiviziunilor în timpul îndeplinirii sarcinii de luptă.

Metoda de control în grup constă în faptul că conform indicatorilor a 1–2 dozimetre se poate trage concluzia referitor la iradierea întregului grup de militari (echipă, echipaj etc.) sau a grupelor de răniţi şi bolnavi, care se află în condiţii similare de iradiere.

Controlul dozimetric individual este bazat pe stabilirea dozelor de iradiere la fiecare persoană în parte.

Controlul individual prevede obţinerea informaţiei despre dozele de iradiere individuale în timpul efectuării triajului medical al răniţilor şi bolnavilor la etapele medicale, în urma desfăşurării controlului medical al efectivului şi în condiţiile efectuării lucrului cu surse de iradiere ionizantă.

Informaţia referitor la dozele de iradiere a efectivului va fi utilizată atât pentru preîntâmpinarea iradierii efectivului în cazul depăşirii dozelor maximal admisibile (pe timp de pace), cât şi în scopul aprecierii acţiunii nocive a undelor ionizante asupra efectivului trupelor.

Având ca bază informaţia referitor la dozele de iradiere a efectivului, se pot îndeplini următoarele măsuri:

- aprecierea capacităţii de luptă conform factorului de iradiere şi modalităţile de implicare ulterioară a unităţilor militare (subdiviziunilor) şi militarilor în acţiunile de luptă, care au fost supuşi acţiunii undelor ionizante;
- planificarea completării unităţilor militare cu efectiv;
- diagnosticul precoce al gravităţii leziunilor actinice acute la efectiv şi efectuarea triajului medical răniţilor (lezaţilor) la etapele medicale;
- stabilirea volumului necesar de măsuri curativo-evacuatorice pentru persoanele, care au fost supuse acţiunii undelor ionizante;
- aprecierea stării securităţii radioactive în timpul lucrărilor cu sursele de iradiere ionizantă şi planificarea acestor lucrări;

– aprecierea stării de sănătate a efectivului, care lucrează cu sursele de iradiere ionizantă.

Organizarea controlului iradierii constă în asigurarea efectivului cu dozimetre, înregistrarea la timp a indicatorilor și reîncărcarea dispozitivelor de măsurare, menținerea stării tehnice satisfăcătoare a lor, evidența sistematică a dozelor de iradiere în subdiviziuni, prezentarea comandanților superiori a rapoartelor cu privire la dozele de iradiere a efectivului și capacității de luptă a trupelor conform factorului radiațional.

În calitate de mijloace tehnice pentru controlul dozimetric la trupe servesc dispozitivele de măsurare a dozei în grup și pentru controlul individual – dozimetrele individuale. Dispozitivele de măsurare a dozei în grup și individuale se poartă, de regulă, în buzunarul de la piept al tunicii. Asigurarea trupelor cu mijloace tehnice pentru controlul iradierii și reparația lor la necesitate este în sarcina serviciului protecției radioactive, chimice și biologice.

Controlul dozimetric la trupe se organizează prin metoda în grup (1 dozimetru la o echipă) și individuală (1 dozimetru pentru fiecare ofițer și general). Controlul se desfășoară cu ajutorul dozimetrelor ID–11 sau DKP–50A cu scopul obținerii informației privind iradierea efectivului și aprecierii capacității de luptă a subdiviziunilor în timpul activităților de luptă.

În așa mod se efectuează controlul dozimetric al iradierii efectivului subdiviziunilor și unităților medicale.

Dozele de iradiere, primite de efectiv, zilnic se înregistrează în registrul evidenței dozelor. Periodic doza sumară cu indicarea datei se înregistrează în fișa de evidență a dozelor, care se păstrează în livretul militar sau în legitimația militarului. În afară de aceasta, în statul major superior se prezintă, la fiecare 24 ore, rapoarte cu privire la iradierea efectivului și capacității de luptă a subdiviziunilor conform factorului radioactiv.

La etapele medicale se desfășoară controlul dozimetric individual. Controlul dozimetric individual se organizează în scopul obținerii datelor pentru aprecierea gravității maladiei actinice, triajului ulterior și stabilirea măsurilor curativo-evacuatorii necesare. În scopul stabilirii diagnosticului cât mai timpuriu, toți militarii sunt dotați cu dozimetre individuale ID–11 sau DP–70MP, iar toate subdiviziunile medicale sunt dotate cu dispozitive de măsurare speciale pentru a citi informația pe dozimetrele individuale ID–11.

Obținerea datelor dozimetrelor individuale ID–11 se efectuează de către un felcer cu pregătire specială în timpul triajului medical al răniților (lezaților) și în timpul examenului medical.

Dozele de iradiere a lezaților se înscriu în fișa medicală primară sau în foaia de observare clinică, iar dozimetrul se întoarce pacientului.

La externare din etapa medicală doza sumară de iradiere (primită până la internare şi în timpul aflării în instituţia curativă) se transcrie în fişa evidenţei dozelor.

Mijloacele şi metodele controlului şi cercetării chimice

Bazele cercetării chimice le constituie indicaţia toxicelor de luptă, care se efectuează cu ajutorul mijloacelor controlului permanent şi periodic asupra poluării aerului, tehnicii militare, apei, produselor alimentare şi a hranei animaliere, echipamentului şi mijloacelor individuale de protecţie a efectivului, răniţilor şi bolnavilor.

În sarcina serviciului medical stă indicaţia toxicelor în apă, alimente, medicamente, obiectele şi mijloacele cu destinaţie medicală şi tehnico-sanitară în scopul prevenirii lezării efectivului, răniţilor şi bolnavilor.

„Indicaţia" reprezintă un complex de măsuri organizatorice şi tehnice orientate la depistarea calitativă şi cantitativă (stabilirea concentraţiei şi densităţii poluării) şi identificarea originii chimice a toxicelor în diferite medii.

Indicaţia toxicelor se efectuează prin diverse metode: organoleptice, fizice, fizico-chimice, chimice, fotometrice şi cromatografice.

Metoda organoleptică se aplică prin intermediul organelor de simţ ale omului – vizual, auditiv, olfactiv etc. De exemplu, se poate auzi o explozie înăbuşită a proiectilului chimic, se pot observa nori deasupra exploziei, schimbarea culorii frunzelor şi plantelor, animale şi peşti morţi, picături suspecte pe frunze, obiecte, miros specific de toxice. Bineînţeles, această metodă este considerată ca suplimentară, neexactă şi subiectivă, se efectuează de persoane la posturile de observare.

Metoda fizică şi fizico-chimică include aprecierea toxicului, după unele proprietăţi fizice (temperatura de fierbere, topire, solubilitatea etc.), sau a unor proprietăţi de a schimba refracţia razelor, conductibilitatea etc. Metoda dată stă la baza funcţionării aparatelor gazoanalizatoare automate şi gazodetectoarelor cu destinaţie de control permanent asupra aerului.

Metodele de bază sunt:

- metoda chimică – bazată pe proprietăţile toxicului în urma reacţiei chimice cu reactivul specific pentru a se obţine un sediment sau schimbarea culorii deja în concentraţii nepericuloase pentru om, astfel să fie extrem de sensibile. Indicaţia chimică se face prin intermediul reacţiei pe hârtie-indicator, adsorbant sau în soluţii;
- metoda biochimică – bazată pe capacitatea unor toxice de a deregla funcţia unor anumiţi fermenţi (colinesteraza – intoxicaţii cu SOF); această metodă este foarte sensibilă (de exemplu SOF în aer se depistează deja în concentraţii de 0,0000005 mg/l).

- metoda biologică – bazată pe supravegherea evoluării proceselor patofiziologice şi patomorfologice la animale de laborator infectate cu diverşi toxici.
- metoda fotometrică - bazată pe determinarea densității optice la diverse substanţe chimice, după aceste schimbări se stabileşte concentrația toxicului (se folosesc fotometre, spectrofotometre), de exemplu: concentrația carboxihemoglobinei în sânge;
- metoda cromatografică – o metodă contemporană de perspectivă ce permite aprecierea toxicelor în cantități extrem de mici în diverse medii (probe).

Pentru a efectua măsurile de indicație a toxicelor în diverse medii serviciul medical al armatei este dotat cu truse pentru control permanent şi periodic.

Cu destinaţie pentru control permanent în dotare sunt următoarele mijloace:

- gazoanalizatoarele cu regim automat şi gazoindicatoarele.

Cu destinaţie pentru control periodic unităţile medicale sunt dotate cu truse portative pentru cercetarea chimică:

- aparat de cercetare chimică pentru trupe (VPHR);
- aparat de cercetare chimică pentru serviciul medical şi veterinar (PHR-MV);
- aparat de cercetare chimică medical (MPHR);
- laboratorul medical – chimic (MPHL).

Caracteristicile tehnice şi destinaţia aparatelor pentru cercetarea chimică

Elementele indicatoare, ca parte componentă a completului KXK–2, permit depistarea picăturilor de toxice VX-gaze, soman, iperită în timp de 30–80 sec.; pelicule indicatoare AP–1, destinate pentru indicaţia aerosolului de VX-gaze, prezintă o peliculă de culoare galbenă, ce se agaţă la echipament, mai des la mâneca – braţ. Semnul concentraţiei toxice de VX-gaze – apariţia pe peliculă a petelor albastre verzui.

Gazoanalizatorul cu regim automat GSA–2 permite în regim permanent depistarea SOF în aer în concentraţie de 5–8x10^{-} mg/l în timp de 2 sec.

Gazoanalizatorul automat GSA–11 are destinaţie pentru control permanent asupra aerului în scopul depistării vaporilor de SOF, în cazul depistării toxicelor emite semnale sonore şi luminescente.

Gazoanalizatorul automat PGO–11 constă din tuburi indicatoare, care permit timp de 1–6 min. să depisteze în aer SOF, iperita, acidul cianhidric, clorcianul şi fosgenul.

Aparatul de cercetare chimică pentru trupe VPHR are destinaţia de depistare în aer, pe teren, la suprafaţa tehnicii militare şi echipamentului a sarinului, soma-

nului, iperitei, fosgenului, difosgenului, acidului cianhidric, clorcianului, cât şi VX-gazelor şi BZ. Acest aparat este în dotarea tuturor etapelor medicale.

Aparatul de cercetare chimică pentru serviciul medical şi veterinar PHR-MV are destinaţia de colectare a probelor de apă, produse alimentare şi pulverulente şi de depistare în ele a substanţelor toxice de luptă. Rezervele de reactivi permit de a efectua 10–15 indicaţii calitative ale toxicelor în probele de apă şi produse alimentare.

Aparatul de cercetare chimică medical MPHR este destinat pentru depistarea substanţelor toxice în sursele de apă, hrană pentru animale şi produse alimentare pulverulente cu posibilitatea de a depista toxicele de tipul VX-gazelor, sarinului, somanului, iperitei şi BZ pe teren şi pe suprafaţa diferitor obiecte. Mai are destinaţia de colectare a probelor suspectate de infectare cu mijloace bacteriene.

Cu asemenea aparat sunt dotate serviciile medical şi veterinar.

Cu ajutorul acestui aparat este posibilă depistarea următoarelor grupe de substanţe toxice:

- în apă: sarinul, somanul, VX-gazele, iperita, BZ, compuşii arsenicului, acidul cianhidric şi sărurile lui, insecticidele fosfororganice, alcaloizii şi sărurile metalelor grele;
- în produsele alimentare şi hrană pentru animale, pulverulente: sarinul, somanul, VX-gazele, iperita;
- în aer, pe teren şi pe diferite obiecte: sarinul, somanul, VX-gazele, iperita, BZ, fosgenul, difosgenul.

Rezervele de reactive asigură 100–120 de analize şi permit efectuarea timp de 10 ore a 20 de analize calitative în probele de apă şi alimente.

În dotarea instituţiilor sanitaro-epidemiologice se află laboratorul medical chimic de campanie MPHL cu destinaţie de apreciere calitativă şi cantitativă a toxicelor de luptă în mostrele de apă, alimente, hrană pentru animale, medicamente, pansamente cât şi pe obiectele medicale şi tehnico-sanitare.

Posibilităţile laboratorului permit:

- determinarea calitativă a toxicelor de luptă, alcaloizilor şi sărurilor metalelor grele în apă şi alimente;
- determinarea cantitativă a SOF, iperitelor, substanţelor ce conţin arsenic în apă;
- aprecierea calităţii degazării apei, alimentelor, hranei pentru animale, medicamentelor, materialului de pansament şi altor obiecte;
- determinarea poluării apei, alimentelor cu toxice necunoscute prin intermediul probelor biologice.

Rezervele de reactivi, solvenţi şi materiale asigură efectuarea a circa 120 de investigaţii. Laboratorul este ambalat compact şi poate fi transportat cu orice tip de transport, deservit de o persoană-laborant, cu productivitatea de 10–12 mostre timp de 10 ore de lucru.

Cerințele primordiale în procesul de cercetare prevăd veridicitatea rezultatelor și securitatea lucrărilor; îndeplinirea lucrărilor în strictă corespundere cu cerințele documentelor reglementare; persoane cu pregătire specială și respectarea cerințelor de securitate în timpul lucrului.

În condiții de campanie toate lucrările se efectuează cu folosirea mijloacelor tehnice individuale de protecție (mască antigaz, îmbrăcăminte de protecție, mănuşi și cizme de cauciuc).

Organizarea și desfășurarea cercetării radiologice și chimice în unitățile și subdiviziunile serviciului medical

Măsurile cercetării radiologice, chimice și controlului în unități și mari unități sunt în competența șefului statului major; efectuarea cercetării radiologice și chimice de către specialiștii serviciului de protecție radioactivă, chimică și biologică este dirijată de șeful serviciului respectiv.

Misiunile de bază ale cercetării radiologice, chimice şi controlului sunt:

- depistarea faptului poluării radioactive și chimice a mediului ambiant şi informarea trupelor despre aceasta;
- aprecierea caracterului şi gradului poluării radioactive şi chimice (aprecierea fondului radioactiv și concentrației toxicelor de luptă pe teren);
- stabilirea granițelor focarelor, căutarea raioanelor cu grad minim de poluare radioactivă și chimică și trasarea căilor de ocolire a zonelor periculoase;
- controlul asupra procesului de măsurare a gradului de poluare radioactivă a terenului și aerului în scopul stabilirii timpului diminuării nivelului radioactiv și concentrației toxicelor în mediul ambiant până la valori nepericuloase.

Cercetarea radiologică și chimică în subdiviziunile și unitățile serviciului medical, de regulă, se desfășoară cu forțele proprii.

Datele obținute în urma cercetării sunt utilizate în vederea aprecierii căilor de deplasare, raioanelor de desfășurare a etapelor, variantelor de activitate și măsurilor de protecție a instituțiilor medicale cu scopul de minimalizare a acțiunii factorilor nocivi, radioactivi și chimici, asupra efectivului medical, răniților și bolnavilor.

Alăturat de sarcinile generale ale cercetării radiologice și chimice în subdiviziunile și unitățile serviciului medical se soluționează și sarcini particulare:

- depistarea poluării radioactive și chimice a efectivului serviciului medical, răniților și bolnavilor în scopul aprecierii necesității îndeplinirii măsurilor tratării sanitare;
- stabilirea faptului poluării apei și alimentelor cu mijloace radioactive și chimice în scopul aprecierii posibilităților și termenul utilizării lor;
- stabilirea gradului poluării radioactive și chimice a materialelor medicale și tehnicii în scopul aprecierii necesității efectuării măsurilor de degazare și dezactivare;

- aprecierea dozelor radiației externe și gradului poluării radioactive interne la răniți și bolnavi care au fost evacuați la etapa medicală respectivă;
- depistarea substanțelor toxice în biosubstrate.

În vederea organizării şi efectuării cercetării radiologice şi chimice în locul permanent de dislocare a unităților medicale, şeful instituției respective stabileşte postul de supraveghere radiologică și chimică, dotat cu aparate speciale şi mijloace de înştiinţare. Supravegherea este efectuată de către instructorul sanitar-dozimetrist, în subordinea căruia se află 2–3 ostaşi pregătiţi pentru lucrul cu aparatele de cercetare radiologică și chimică.

Sarcinile supraveghetorilor sunt:
- stabilirea faptului poluării radioactive şi chimice la locul amplasării instituției medicale;
- aprecierea nivelului radiației (puterea dozei) pe teren, tipului și concentrației substanţei toxice în aer;
- raportarea rezultatelor cercetării radiologice și chimice comandantului (șefului) instituției;
- darea semnalelor de înştiinţare despre poluarea radioactivă şi chimică.

În cazul schimbului locului de dislocare a etapei medicale pe căile de deplasare și la locul desfăşurării ulterioare se trimit grupe de cercetare în componența unui felcer, instructor sanitar-dozimetrist şi 2–3 ostaşi instruiți pentru lucrul cu aparatele de cercetare radiologică și chimică, având următoarele misiuni:
- stabilirea faptului poluării radioactive și chimice a căilor de deplasare;
- aprecierea direcţiilor de deplasare cu nivelul permis de poluare sau a căilor de ocolire a zonelor puternic poluate;
- odată cu apropierea de locul nou de desfăşurare a subdiviziunilor şi unităților medicale, cercetarea radiologică și chimică se efectuează de o patrulă din componența grupului de cercetare, care stabileşte faptul poluării radioactive şi chimice și modificările gradului de poluare a terenului și aerului în anumit timp.

Efectuarea controlului nivelului de poluare radioactivă și chimică în subunitățile şi unitățile serviciului medical este în sarcina postului de îndrumare și control dozimetric şi serviciul gardă.

Tratarea sanitară în subdiviziuni și unități ale serviciului medical

Noțiuni. Tratarea sanitară este un complex de măsuri organizaționale și tehnice îndreptate spre neutralizarea şi înlăturarea de pe suprafața corpului omului și obiectelor a substanțelor toxice, radioactive şi bacteriologice.

Tratarea sanitară la trupe și la etapele medicale este una din măsurile de bază în procesul de lichidare a consecințelor folosirii de către inamic a armelor de nimicire în masă, accidentelor la obiectele industriei nucleare, chimice şi microbiologice.

Elementele de bază ale tratării sanitare sunt:

- degazarea - neutralizarea şi îndepărtarea substanţelor toxice de luptă şi a altor toxice;
- dezactivarea - măsurile de îndepărtare a substanţelor radioactive;
- dezinfecţia - nimicirea substanţelor bacteriologice (biologice).

Necesitatea efectuării măsurilor de degazare apare odată cu formarea zonelor (focarelor) de infectare chimică cu substanţe toxice de luptă persistente de tipul VX- gaze, iperite etc., cu pericol de lezare a efectivului ce se află pe teren din cauza pătrunderii toxicelor prin piele, mucoase, suprafeţele leziunilor ţesuturilor moi.

Cele mai periculoase sunt toxicele de tipul VX-gaze, o doză letală transcutană pentru om constituie circa 2–12 mg. În cazul infectării terenului cu densitatea toxicului de 0,2–0,4 g/m^2, pe piele se pot afla până la 60 mg de toxic VX-gaze, ce constituie circa 5–30 doze letale.

În afară de aceasta, persoanele infectate cu toxice persistente prezintă pericol sporit pentru cei din jur.

În cazul infectării efectivului, echipamentului, tehnicii militare, mijloacelor medicale cu toxice de luptă, care formează focare chimice nepersistente, nu este necesar de a efectua tratarea sanitară din considerente că toxicele nepersistente se distrug sub acţiunea factorilor mediului ambiant (temperatura, umiditatea, razelor solare).

Necesitatea efectuării măsurilor de dezactivare, în cazul poluării mediului ambiant cu substanţe radioactive şi formarea zonelor radioactive cu depăşirea valorilor admisibile a gradului de poluare, este strict necesară în vederea înlăturării acţiunii nocive a undelor ionizante asupra organismului uman. În tabel sunt reflectate valorile maximal admisibile ale gradului de poluare cu produsele exploziilor nucleare ale suprafeţelor diferitor obiecte în raport cu necesitatea efectuării măsurilor de dezactivare.

Valorile maximal admisibile ale gradului de poluare cu substanţe radioactive a suprafeţelor diferitor obiecte

Denumirea	Puterea dozei, mR/oră Poluarea cu produsele:	
	explozie nucleare	aruncate în urma accidentului la obiectul nuclear
Zone descoperite ale suprafeţei corpului uman	4,5	1
Mijloace medicale	50	10
Echipament, încălţăminte (îmbrăcăminte), mijloace individuale de protecţie	50	10
Transport sanitar	200	40

Metodele de degazare pot fi:

- fizice, chimice şi îmbinate.

Metodele fizice – se bazează pe înlăturarea toxicelor de pe obiecte prin acţiuni mecanice cu ajutorul solvenţilor (benzină, gaz, alcool, acetonă etc.) sau a sorbenţilor (silicagel, cărbune activat) şi cu aer fierbinte. Având în vedere, că în urma acestei metode de degazare, toxicele nu-şi pierd proprietăţile lor, toate materialele folosite trebuie ulterior tratate cu substanţe chimice sau arse.

Metodele chimice – se bazează pe capacitatea toxicelor de a intra în reacţii de hidroliză, oxidare, clorare sau sinteză cu formarea compuşilor netoxici sau puţin toxici.

Metodele îmbinate (fizico-chimice) – sunt mai eficiente ca urmare a acţiunii concomitente a factorilor fizici şi chimici cu efect de neutralizare rapid şi definitiv.

Metodele de dezactivare – se bazează pe procese fizice şi active ale obiectelor până la valori periculoase.

Metodele fizice de dezactivare – ştergerea, măturarea, scuturarea, spălarea cu apă, înlăturarea stratului de la suprafaţa solului etc. – înlăturarea substanţelor radioactive se îndeplineşte fără folosirea compuşilor chimici speciali.

Metodele fizico-chimice de dezactivare – se bazează pe utilizarea unor mijloace chimice speciale, care uşurează procesul de îndepărtare a substanţelor radioactive de pe obiectele poluate. Aşa mijloace sunt prezentate de o gamă largă de detergenţi şi complexformative cu acţiune superficial-activă, ca de exemplu preparatele CH–50 şi CФ–2y, din care se pregătesc soluţii dezactivante de 0,15–0,3%.

Eliberarea mediilor lichide de substanţe radioactive e posibilă prin diluare, sedimentare, distilare, filtrare prin filtre sulfocarbonice, carboferogele etc.

Serviciul medical nu dispune de formaţiuni scriptice cu destinaţie de a efectua tratarea sanitară. Aceste măsuri la etapele medicale se îndeplinesc de către persoane numite temporar, dar sunt pregătite din timp şi dotate cu mijloace necesare.

Mijloacele tehnice pentru efectuarea tratării sanitare reprezintă mijloace individuale de protecţie, soluţii degazante şi pentru dezactivare, pe care serviciul medical le primeşte prin intermediul serviciului de protecţie radioactivă, chimică şi biologică. În acelaşi timp, serviciul medical este responsabil de transmiterea, în modul stabilit, a îmbrăcămintei şi mijloacelor individuale de protecţie infectate la punctele de tratare specială, desfăşurate de serviciul de protecţie radioactivă, chimică şi biologică pentru a fi decontaminate.

În cazul când subdiviziunile şi unităţile medicale sunt supuse infectării (poluării) cu substanţe toxice sau radioactive, lichidarea consecinţelor, inclusiv

tratarea specială, se efectuează cu forțele proprii. În caz de necesitate, la decizia comandantului superior pot fi implicate în aceste măsuri forțe și mijloace din cadrul serviciului protecție radioactivă, chimică și biologică.

Tratarea specială în subdiviziunile și unitățile serviciului medical include:

- tratarea sanitară a efectivului serviciului, răniților și bolnavilor în caz de infectare (poluare) cu substanțe toxice, radioactive și biologice;
- degazarea, dezactivarea și dezinfecția armamentului, tehnicii militare (inclusiv a transportului sanitar), mijloacelor medicale și a altor obiecte, cât și a teritoriului subdiviziunilor și unităților medicale.

În funcție de condițiile situației de luptă, rezervei de timp și a mijloacelor necesare tratarea specială poate fi parțială și totală.

Tratarea specială parțială include:

- tratarea sanitară parțială a efectivului serviciului medical, răniților și bolnavilor;
- degazarea, dezactivarea și dezinfecția parțială a armamentului, tehnicii militare, inclusiv a transportului sanitar, mijloacelor medicale și altor obiecte, cât și a teritoriului unde sunt amplasate subdiviziunile și unitățile medicale.

Tratarea sanitară parțială include neutralizarea și îndepărtarea substanțelor toxice de luptă de pe suprafețele descoperite ale pielii, părților aderente ale îmbrăcămintei (gulerul, manșetele mânecilor) și părții faciale a măștii antigaz cu conținutul pachetului antichimic individual.

Îndepărtarea substanțelor radioactive trebuie efectuată de pe suprafețele descoperite ale pielii, îmbrăcămintei și mijloacelor tehnice individuale de protecție.

Degazarea parțială a armamentului, tehnicii militare, transportului sanitar, mijloacelor medicale, cât și a teritoriului trebuie efectuată în mod urgent, în cazul infectării cu substanțe toxice de luptă persistente de pe obiectele, suprafețele cu care vine în contact efectivul în timpul îndeplinirii obligațiunilor funcționale.

Dezactivarea parțială se efectuează prin îndepărtarea mecanică a prafului radioactiv de suprafețele acelorași obiecte, iar teritoriul aderent trebuie stropit cu apă.

În scopul preîntâmpinării lezării efectivului, care a nimerit în zonele de poluare radioactivă și de infectare cu toxice de luptă persistente, elementele de tratare specială parțială se îndeplinesc nemijlocit în focarele chimice și radioactive.

S-a stabilit că circa 10–20% din volumul total de substanțe organofosforice (SOF), care au nimerit pe piele, și 30% de iperită și levizită pătrund în mediul intern al organismului deja peste 5–10 minute.

Din aceste considerente, tratarea specială parțială va fi mai eficientă dacă se va efectua în primele 1–2 minute din momentul infectării. În acest caz tratarea specială parțială este considerată ca măsură de prim ajutor.

În scopul prevenirii apariţiei leziunilor secundare, tot efectivul, răniţii şi bolnavii aduşi la punctul medical al batalionului din focarele radioactive şi chimice sub supravegherea felcerului sau instructorului sanitar efectuează tratarea specială parţială sub formă de autoajutor sau ajutor reciproc.

În cazul când toxicul a nimerit pe mucoase, plăgi sau suprafaţa combustiilor, absorbţia decurge mai rapid, intoxicaţia se manifestă în termene mai reduse. În acest caz suprafeţele plăgilor şi combustiilor se protejează prin aplicarea pansamentelor, dar materialul de pansament se îmbibă preventiv cu recepturi pentru degazare. În cazul dat măsurile tratării speciale parţiale sunt considerate ca elemente de ajutor premedical.

Mijloacele utilizate pentru tratarea specială parţială

Pentru a efectua tratarea specială parţială în cazul infectării cu toxice de luptă efectivul trupelor va utiliza pachetele antichimice individuale IPP–8, IPP–11, care sunt în dotarea fiecărui militar şi se poartă în trusa măştii antigaz.

Pachetul antichimic individual IPP–8 reprezintă un flacon din sticlă cu volumul de 135 ml receptură polidegazantă, patru comprese din tifon şi bumbac, adnotaţia de utilizare, toate fiind într-o pungă de polietilenă ermetic închisă. Timpul necesar pentru pregătirea pachetului pentru lucru constituie 25–30 secunde; timpul necesar pentru prelucrarea suprafeţelor descoperite ale pielii cu receptura polidegazantă trebuie să constituie nu mai puţin de 1,5–2 minute; va fi eficient dacă tratarea pielii se va efectua în primele 5 minute după infectare (timpul optim după infectare - 1–2 minute). Mecanismul de acţiune a recepturii polidegazante a IPP–8 constă din procesele de dizolvare, spălare şi hidroliză alcalină a toxicelor.

Neajunsuri ale IPP–8 ce se pot evidenţia: flaconul din sticlă se poate strica uşor; exploatarea repetată este problematică din cauza unui număr mic de comprese din tifon; ambalajul în pungă de polietilenă nu este eficient după prima folosire; receptura polidegazantă are o acţiune iritantă pronunţată asupra mucoaselor şi efect de degrasare a pielii, uşurând astfel pătrunderea toxicului nimerit repetat pe pielea tratată.

Pachetul antichimic individual IPP–11 reprezintă un flacon ermetic plat din material dur laminat cu dimensiunile 9 x 13 cm, în care sunt 4 tampoane impregnate cu receptură polidegazantă, ce permite de a efectua tratarea specială parţială a feţei în timp de 5–10 secunde, reţinând respiraţia, până a îmbrăca masca antigaz. Receptura polidegazantă din IPP–11 asigură dizolvarea, spălarea şi conjugarea toxicelor de luptă.

Efectul de iradiere a pielii şi mucoaselor în comparaţie cu IPP–8 este mai puţin pronunţat, se poate folosi şi cu scop profilactic, aplicându-se pe piele cu

20–30 minute înainte de posibilul contact cu toxice de tipul organo-fosforicelor (SOF).

Dar aceasta nicidecum nu exclude efectuarea tratării speciale parţiale în primele minute după aplicarea de către inamic a armei chimice.

În lipsa mijloacelor din dotare pentru tratarea specială parţială, ea poate fi efectuată cu materiale suplimentare pentru spălarea toxicului de pe piele, cum sunt: soluţia de apă cu săpun, apa amoniacală de 10–15%, soluţii de diverşi detergenţi.

Pentru efectuarea tratării sanitare a efectivului, răniţilor şi bolnavilor în subdiviziunile şi unităţile medicale în dotare sunt seturile SO (tratarea sanitară) şi B-5 (dezinfecţia).

Degazarea armelor şi echipamentelor se efectuează cu ajutorul pachetului antichimic individual IDP-1 şi pachetului pentru degazare cu silicogel DPS-1.

Pachetele IDP-1 şi DPS-1, câte 10 bucăţi fiecare, fac parte din setul individual pentru degazare IDPS-69, destinat pentru 10 persoane.

Tratarea specială completă include:

- tratarea sanitară completă a efectivului, răniţilor şi bolnavilor;
- degazarea, dezactivarea şi dezinfecţia completă a armamentului şi tehnicii militare (inclusiv tehnica sanitară), mijloacelor medicale şi altor obiecte, precum şi teritoriul unde sunt dislocate instituţiile medicale.

Tratarea sanitară completă a efectivului serviciului medical, răniţilor şi bolnavilor constă din spălarea cu săpun a corpului şi schimbul obligatoriu al lenjeriei de corp şi îmbrăcămintei.

În caz de poluare cu substanţe radioactive (SR), schimbul îmbrăcămintei se va efectua numai în cazul când în urma dezactivării mecanice (curăţarea, scuturarea ş.a.) nu s-a obţinut diminuarea gradului de poluare până la nivelul admisibil.

În procesul organizării şi efectuării tratării sanitare complete trebuie respectate următoarele cerinţe:

- persoanele cu leziuni grave şi foarte grave prin substanţe toxice de luptă necesită scoaterea măştii antigaz pe parcursul primei ore;
- lezaţilor cu substanţe toxice de luptă în stare gravă şi foarte gravă le este contraindicată tratarea sanitară completă şi din aceste considerente lor li se efectuează tratarea sanitară parţială cu schimbul lenjeriei de corp şi al îmbrăcămintei;
- pentru efectuarea tratării sanitare parţiale a suprafeţelor descoperite ale pielii cu folosirea mijloacelor din dotare a unui bolnav, consumul de timp constituie 1–2–3 minute, cu schimbul îmbrăcămintei – 6–8 minute, la tratarea sanitară completă cu îmbăiere – de la 15 – la 20 de minute.

Degazarea şi dezactivarea completă a armamentului şi tehnicii militare, mijloacelor medicale şi a altor obiecte se efectuează prin tratarea suprafeţei integrale a obiectului cu utilizarea soluţiilor speciale pentru degazare, dezactivare şi polifuncţionale.

Preparatele de bază speciale şi recepturile pentru degazare, dezactivare, componenţa lor, destinaţia şi metodele de utilizare sunt reflectate în tabelul ce urmează.

Componenţa, destinaţia şi metodele de utilizare a soluţiilor şi recepturilor pentru degazare şi dezactivare

Denumirea	Componenţa	Destinaţia şi metoda de utilizare
Soluţie degazantă nr. 1	Soluţie de dicloretan cu cloramină de 2%. Se utilizează la temperaturi nu mai joase de 35°C.	Pentru degazarea Vx-gazelor, iperitelor, levizitei cu ajutorul setului IDC–1 (sau cu cârpe). Valoarea normală – 0,5–0,6 l/m².
Soluţie degazantă nr. 2 BŞCE (alcalină fără amoniac)	Soluţie hidrică cu 10% sodiu şi 25% monoetanolamină. Se utilizează la temperaturi nu mai joase de –30°C.	Pentru degazarea sarinului, somanului, difosgenului şi clorpicrinei cu ajutorul IDC–1 şi cârpelor. Valoarea normală – 0,5–0,6 l/m².
Soluţie degazantă nr. 2 AŞGE (alcalină cu amoniac)	Soluţie hidrică cu conţinut de 2% sodiu, 5% monoetanolamină, 20–25% amoniac. Se utilizează la temperaturi nu mai joase de – 40°C.	Pentru degazarea sarinului, somanului, difosgenului, clorpicrinei cu ajutorul IDC–1, cârpelor. Valoarea normală – 0,5–0,6 l/m².
Soluţie hidrică de hipoclorit de calciu	Soluţie de 1,5% hipoclorit de calciu. Se utilizează la temperaturi mai mari de +5°C.	Pentru degazarea sarinului, somanului, Vx-gazelor, iperitelor, levizitei, clorpicrinei, adamsitei, cloracetofenonei cu ajutorul DC–4, cârpelor. Valoarea normală – 1,5 l/m².
Soluţie hidrică de praf SF–2y	Soluţie hidrică de 0,3% SF–2y. Se utilizează la temperaturi mai mari de +5°C.	Pentru dezactivarea substanţelor radioactive, supliment la degazarea sarinului, somanului, Vx-gazelor, iperitelor, levizitei, difosgenului, clorpicrinei, se spală suprafeţele cu ajutorul cârpelor. Valoarea normală – 3,0 l/m².
Soluţie hidrică de praf CH–50	Soluţie hidrică de 1%, praf CH–50. Se utilizează la temperaturi mai mari de +5°C.	-„- -„- Valoarea normală – 1,5 l/m².

Metodele de degazare a mijloacelor medicale

Denumirea mijloacelor medicale	Tipul toxicului	Caracterul infectării	Metoda de degazare
1	*2*	*3*	*4*
Tifon, vată, şerveţele	Vx-gaze, sarin, soman	Aerosol, vapori	Fierbere în soluţie de carbonat de sodiu 2%, nu mai puţin de 1 oră.
Vată	Vx-gaze, sarin, soman	Aerosol, vapori	Se nimiceşte. Degazare naturală prin aerisire timp de 1–2 zile.
Garouri, pungi, mască antigaz pentru răniţi la craniu (părţile din cauciuc)	Vx-gaze, sarin, soman	Aerosol, vapori	Fierbere în soluţie de 2% carbonat de sodiu 2 ore. După fierbere toate obiectele se clătesc cu apă.
Catetere din cauciuc, tub de drenaj, mănuşi chirurgicale, sonde, tub pentru respiraţie artificială „gură în gură", muşama medicală	Vx-gaze, sarin, soman	Aerosol, vapori	Fierbere în soluţie de 2% carbonat de sodiu timp de 2 ore. După fierbere toate obiectele se spală cu apă curată.
Instrumente chirurgicale, seringi, obiecte din sticlă, farfor, ebonită, obiecte emailate	Vx-gaze	Aerosol Vapori	Iniţial se şterg cu tampon uscat, apoi se fierb în soluţie de 2% carbonat de sodiu timp de 1 oră. După fierbere instrumentarul chirurgical se spală cu apă cu săpun cu ajutorul periuţei.
	Sarin, soman		Fierbere în soluţie de 2% carbonat de sodiu timp de 1 oră.
Obiecte din metal: stativ pentru cazarea bolnavilor, mese pentru pansamente şi operaţii, ambalaj pentru seturi medicale ş.a.	Vx-gaze	Aerosol	Soluţie degazantă nr.1 cu ajutorul IDC–1, DC–4 sau prelucrare cu cârpe.

1	2	3	4
Obiecte din lemn și metal: lăzi pentru ambalaj, stativ pentru cazarea bolnavilor ş.a.	Sarin, Soman	Vapori	Degazare naturală prin aerisire timp de 1–2 zile.
Obiecte din lemn: lăzi pentru ambalarea seturilor nr. 1;2;3;4, atele din lemn și faneră și alte obiecte	Vx-gaze	Aerosol	Degazare cu soluție nr.1 cu ajutorul IDC–1 sau prelucrare cu cârpe.
Butelii pentru oxigen	Vx-gaze	Aerosol	Soluția degazantă nr.1 cu ajutorul IDC–1 sau prelucrare cu cârpe. Se nimicesc.
Blanchete și cărți	Vx-gaze, Sarin, Soman	Aerosol, vapori	Degazare naturală prin aerisire timp de 1–2 zile.
Documentația medicală de evidență strictă (fișe medicale, fișe de boală, documente personale)	Vx-gaze	Aerosol	Se prelucrează cu receptura (praf) DPS–1, alte metode speciale de degazare la punctele de degazare. Degazare naturală prin aerisire timp de 1–2 zile.
Trusa farmaceutică individuală	Sarin, Soman	Vapori	Prelucrare cu soluție degazantă nr.1 cu cârpe.
	Vx-gaze	Aerosol	Prelucrare cu soluție degazantă nr.1 cu ajutorul IDC–1, DC–4.
Obiectele din materie dură (trusa sanitară, trusa măștii antigaz, pânza brancardei și altele)	Vx-gaze	Aerosol	Prelucrare cu receptura DPC–1.
	Sarin, Soman	Vapori	Fierbere în soluție de 2% carbonat de sodiu nu mai puțin de 1 oră.
Foi de cort medicale (elementele interne)	Vx-gaze	Aerosol	Degazare naturală prin aerisire timp de 1–2 zile.
Foi de cort medicale (elementul exterior)	Sarin, Soman	Vapori	
	Vx-gaze	Aerosol	Prelucrare cu soluție degazantă nr.1 cu ajutorul IDC–1, DC–4. Degazare naturală prin aerisire timp de 1–2 zile.

Preparatele medicamentoase se supun degazării prin metode speciale, cu un control ulterior strict până a fi utilizate după destinaţie.

Metodele de dezactivare a mijloacelor medicale în cazul poluării cu substanţe radioactive

Denumirea mijloacelor	**Metoda de dezactivare**
Material de pansament, chingi sanitare	Prin spălare cu detergenţi; când ambalajul nu este defectat – se mătură cu perii, se şterge cu cârpe umede. Materialele în volum mare se păstrează la depozit până nivelul poluării radioactive va scădea la limitele admisibile.
Vată	În ambalaj intact se mătură cu perii; se şterge cu cârpa umedă. Dacă ambalajul este defectat, se nimiceşte.
Instrumente chirurgicale, seringi	Prin spălare cu soluţii dezactivante; se şterg cu tifon îmbibat cu soluţii dezactivante (sol. 10% citrat de sodiu).
Obiecte din cauciuc: garouri, pungi, măşti aparatelor de respiraţie ş.a.	Se spală cu apă sau soluţii dezactivante; se şterg cu tampoane umede.
Obiecte din cauciuc utilizate în practica chirurgicală	Se spală cu apă sau soluţii dezactivante; se şterg cu tampoane umede.
Obiecte din sticlă, farfor, ebonită, mase plastice	Se spală cu apă sau soluţii dezactivante; se şterg cu tampoane umede.
Obiecte din metal: mese de pansament şi operaţii, stative pentru răniţi ş.a.	Se spală cu soluţii dezactivante cu ajutorul IDC–1, RDP–4; se şterg cu cârpe umede.
Brancarde, truse medicale ş.a.	Se curăţă cu perii; se spală cu soluţii dezactivante cu ajutorul RDP–4, IDC–1.

Pentru dezactivarea mijloacelor medicale la etapele medicale se utilizează soluţii hidrice 0,075% sau 0,15% de praf CF–2y, cât şi soluţie 1%, de praf CH–50.

În afară de aceasta, se pot utiliza şi soluţii de săpun, detergenţi, apă obişnuită, carburanţi (benzină, motorină, gaz lampant) şi diverşi solvenţi (dicloretan etc.).

Capitolul VII.
ORGANIZAREA APROVIZIONĂRII MEDICO-MILITARE A TRUPELOR ÎN CAMPANIE

Aprovizionarea trupelor cu materiale medicale şi cu tehnică este una dintre misiunile de bază ale serviciului medical al Armatei Naţionale. Evident, de nivelul de asigurare la timp a unităţilor şi subunităţilor medicale cu medicamente, materiale de pansament şi sutură, instrumente, dispozitive, aparate, tehnică medicală şi sanitară depinde acordarea la timp şi neîntreruptă a ajutorului medical răniţilor şi bolnavilor, eficacitatea tratamentului lor, volumului activităţilor curativo-diagnostice şi profilactice.

Aprovizionarea trupelor cu materiale medicale şi tehnică sanitară în timp de campanie este obiectul atenţiei permanente a şefilor serviciului medical de diferit nivel.

Misiunile serviciului medical al Armatei Naţionale în domeniul aprovizionării medicale a trupelor

În condiţiile războiului contemporan creşte probabilitatea apariţiei pierderilor sanitare în masă şi se complică condiţiile de aprovizionare medicală. Aceste condiţii vor necesita concentrarea atenţiei deosebite la livrarea neîntreruptă a materialelor medicale pentru trupe, în primul rând, prin crearea rezervelor de trupe, rezervelor mobile de medicamente, materiale de pansament şi expedierea rapidă a acestora în focarele de pierderi sanitare în masă.

Misiunile de bază în domeniul aprovizionării medicale a Armatei Naţionale sunt:

- calculul necesarului în materiale medicale, asigurarea completă şi la timp a trupelor, unităţilor şi subunităţilor medicale;
- acumularea stocurilor stabilite şi rezervelor de materiale medicale (tehnică), eşalonarea şi menţinerea lor în gătinţă permanentă pentru folosire după destinaţie;
- achiziţionarea materialelor medicale la întreprinderile industriale, ministerele şi departamentele ţării şi procurarea lor pe loc;
- conducerea depozitului medical al armatei privind activitatea operaţională, de producere şi perfecţionare a bazei tehnico-materiale;
- organizarea deservirii şi reparaţiei tehnicii medicale, utilajului şi aparatajului;
- elaborarea şi efectuarea măsurilor de protecţie a materialelor medicale de factorii lezanţi ai armamentului contemporan;

- elaborarea și revederea, în caz de necesitate, a normelor de aprovizionare a unităților și subunităților medicale cu echipament medical de tabel și a documentelor normative privind aprovizionarea medicală;
- organizarea și efectuarea lucrului de cercetări științifice pentru perfecționarea sistemului de aprovizionare medicală și generalizarea experienței aprovizionării cu materiale medicale a unităților și subunităților medicale;
- participarea la elaborarea și perfecționarea structurii organizatorice-statale a organelor de conducere ale unităților și subunităților de aprovizionare medicală;
- organizarea activității de control asupra utilizării econome și raționale a materialelor medicale și exploatării lor;
- evidența și darea de seamă privind dinamica materialelor medicale;
- studierea cadrelor farmaceutice și participarea la pregătirea, repartizarea și perfecționarea lor.

Principiile de organizare a aprovizionării medicale

- **Principiul de bază al aprovizionării medicale** este asigurarea centralizată cu materiale medicale. Ea se bazează pe livrarea și expedierea materialelor medicale de către organul de conducere al eșalonului superior celui inferior prin depozitul medical al Armatei;
- **Principiul de aprovizionare medicală descentralizată** cu materiale medicale care nu sunt prevăzute de norme, tabele și nu sunt expediate de organele de aprovizionare. Achiziționarea materialelor medicale se efectuează prin alocarea surselor bănești pentru procurarea materialelor medicale necesare;
- **Serviciul medical este aprovizionat și de alte servicii de aprovizionare:**
- cu alcool, vaselină – de serviciul de aprovizionare cu carburanți, cu halate pentru efectivul medical, cu echipament pentru bolnavi – de serviciul de aprovizionare cu echipament;
- cu tehnică sanitară (auto) – de serviciul auto etc.;
- în caz de necesitate pot fi folosite și materialele medicale de trofeu (doar după un control riguros).

Organele de conducere, unitățile și subdiviziunile de aprovizionare medicală

Aprovizionarea trupelor cu materiale medicale se efectuează de către organele de conducere, care trebuie la timp să depună cereri și să organizeze primirea lor de la depozit, să ia măsuri pentru achiziționarea materialelor de la sursele locale, să organizeze colectarea și folosirea materialelor de trofeu, repararea și

restabilirea mijloacelor deteriorate. Ele trebuie să repartizeze raţional materialele şi să asigure primirea lor la timp, în funcţie de misiunile trupelor, caracterul şi volumul de lucru al punctelor medicale ale unităţilor şi subunităţilor serviciului medical.

Organele de conducere şi organele de aprovizionare cu materiale medicale

Organele de conducere	Organele de aprovizionare cu materiale medicale
Şeful Serviciului medical al AN a RM	Secţia materiale medico-sanitare Depozitul medical al Spitalului clinic militar central (SCMC)
Şeful Centrului consultativ-diagnostic	Farmacia centrului
Şeful Spitalului clinic militar central	Farmacia spitalului
Şefii spitalelor militare	Farmacia spitalelor
Şefii detaşamentelor medicale independente	Farmacia detaşamentelor
Şeful secţiei medico-militare a Marelui Stat Major	Farmaciile trupelor
Şeful Serviciului medical al brigăzii	Farmacia PMBr
Şeful Serviciului medical al regimentelor	Farmacia punctului medical al regimentului

Organele de conducere efectuează lucrul prin unităţile şi subunităţile de aprovizionare medicală (secţia materiale medico-sanitare, depozitul medical al SCMS şi farmaciile marilor unităţi, unităţilor, subunităţilor şi formaţiunilor medicale. Organele de aprovizionare medicală au misiuni de a primi, de a păstra, de a repartiza materialele medicale, de a repara tehnica medicală, de a duce evidenţa şi de a face darea de seamă privitor la materialele medicale.

MATERIALELE MEDICALE ŞI CLASIFICAREA LOR

Materiale medicale se numesc mijloacele materiale speciale destinate pentru profilaxia şi diagnosticul leziunilor şi maladiilor, acordarea ajutorului medical şi tratamentul răniţilor şi bolnavilor, precum şi pentru îngrijirea lor, efectuarea măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice, lucrului de laborator, farmaceutic şi în scopuri didactice.

La materialele medicale se referă toate medicamentele, vitaminele, pansamentele, materialele de sutură, instrumentarul medical, substituenţii sângelui, mijloacele de strângere (adunare) şi evacuare a răniţilor şi bolnavilor, echipamentul medical tipic, instalaţiile medicale şi sanitare mobile etc.

Pentru aprovizionarea Armatei Naționale se folosesc cele mai efective, verificate în practică remedii medicale și obiecte de echipament medical, utile în exploatare atât în staționar, cât și în condiții de campanie.

Reducerea nomenclaturii materialelor medicale în condiții de campanie ușurează achiziționarea, planificarea, păstrarea, aprovizionarea, precum și concentrarea eforturilor de bază la producerea celor mai importante și necesare obiecte.

Materialele medicale după semnele de evidență și ordinea de folosire se împart în:

A. După evidență:

- materiale consumabile
- materiale de inventar.

La materialele consumabile se referă materialele de o singură folosință (medicamentele, preparatele bacteriene, reactivii, materialele de pansament și de sutură), la fel și obiectele, care devin neutilizabile după folosirea de scurtă durată (mănușile chirurgicale, acele chirurgicale, eprubetele, frezele dentare etc.).

La materialele medicale de inventar se referă obiectele de folosire îndelungată (aparate, dispozitive, instrumentar chirurgical, termofoare, pungi pentru gheață, tuburi respiratoare, tehnica medicală etc.).

Pentru materiale medicale de inventar se stabilesc termene de exploatare.

Materialele de inventar se divizează în trei categorii:

Categoria I – utile (bune) – obiectele noi, care au fost sau se află în exploatare sau necesită reparație ce poate fi efectuată în unitate, instituția curativă (spital);

Categoria II – obiectele care necesită reparație medie sau capitală în ateliere speciale;

Categoria III – inutilizabile – obiectele ce sunt inutile de a fi folosite după destinația directă sau reparația cărora din punct de vedere economic nu este rațională.

B. După destinație:

- materiale medicale de destinație specială, ce includ o nomenclatură redusă de obiecte (materiale) din cele mai necesare și efective (medicamente, substituenți sangvini, materiale de pansament și sutură etc.), care se consumă în cantități mari în timpul acțiunilor de luptă a trupelor pentru acordarea ajutorului medical răniților și bolnavilor și tratamentul lor;
- materiale medicale de destinație generală (folosire curentă), ce includ o nomenclatură largă de obiecte de consum și inventar, de materiale medicale, care sunt destinate pentru satisfacerea necesităților serviciului medical în viața de toate zilele (în perioada de acalmie).

În continuare va fi descrisă organizarea aprovizionării medicale a marilor unități, unităților și subunităților militare.

Noțiune de set de materiale medicale. Clasificarea și caracteristica medico-tactică a seturilor de materiale medicale, destinate pentru acordarea primului ajutor medical, ajutorului premedical, primului ajutor.

În timp de campanie forma de bază de aprovizionare medicală devine aprovizionarea cu seturi destinate pentru rezolvarea misiunilor asigurării medicale a trupelor, aprovizionarea operativă a unităţilor şi formaţiunilor cu materiale medicale.

Setul de materiale medicale reprezintă un sortiment de materiale special alese destinate pentru acordarea unui tip concret de ajutor medical sau pentru un anumit număr de răniți și bolnavi, sau pentru o anumită categorie de răniți şi bolnavi.

Aprovizionarea cu seturi are diverse priorități: mai operativ se livrează materialele medicale în focarele de pierderi sanitare în masă, mai rapid se instalează şi se ridică (restrâng) secţiile funcţionale ale etapei de tratament şi evacuare, considerabil se micşorează lucrul pentru întocmirea cererilor de a primi materialele medicale.

În afară de aceasta, seturile pot fi mai uşor transportate, păstrate în condiţii de câmp şi mai uşor protejate de acţiunea factorilor lezanţi ai armelor contemporane etc.

Seturile se formează conform listelor speciale, elaborate şi aprobate de către Ministrul Apărării, în care sunt indicate termenele de valabilitate a tuturor tipurilor de materiale, preambalajul şi ambalajul. Pentru ambalarea conţinutului seturilor se foloseşte ambalajul (lăzile), care apără materialele de praf, umezeală, deteriorare mecanică şi pierderi.

Principiul formării seturilor reiese din volumul ajutorului medical, nivelul calificării specialistului şi enumerarea minimului de denumiri ale materialelor medicale pentru acordarea tipului şi volumul dat de ajutor medical.

În componenţa majorităţii seturilor funcţionale intră obiectele de consum şi inventar (inclusiv de menire specială şi generală). Obiectele de inventar sunt calculate pentru un tip şi un volum de ajutor medical, precum și pentru o perioadă de lucru.

Obiectele consumabile sunt calculate pentru o anumită perioadă de lucru a subunităţilor funcţionale ori pentru un volum determinat de lucru. Unele seturi funcţionale destinate pentru farmacii, laboratoare şi alte subunități conțin numai obiecte de consum.

Seturile se clasifică în:

- funcţionale;
- de destinație specială.

Seturile funcţionale sunt destinate pentru acordarea unui tip de ajutor medical concret, pentru înzestrarea şi asigurarea lucrului secţiilor funcţionale ale etapelor de tratament şi evacuare.

Seturile funcționale se clasifică în:
- funcționale pentru trupe;
- funcționale pentru spitale;
- funcționale pentru acordarea ajutorului medical specializat;
- funcționale pentru cabinete speciale;
- funcționale pentru laboratoare;
- funcționale pentru farmacii.

În acordarea primului ajutor medical se folosesc seturile funcționale:
- „Sala mare de pansament"
- „Pentru primire și triaj"
- „ Sala de pansament auto"
- „Ajutor special"
- „Stomatologic"
- „Farmacia punctului medical al brigăzii"
- „Ambulatoriu - sala de pansament"
- „Pentru felcer"

Seturile de destinație specială sunt destinate pentru o anumită categorie de răniți și bolnavi sau pentru un anumit număr de răniți și bolnavi. Ele se folosesc și în trupe, și în spitale. La acestea se referă:
- setul „Pansamente sterile"
- setul „Atele"
- setul „Pansamente sterile pentru combustionați"
- setul „Antibiotice nr.1"
- setul „Medicamente pentru tratamentul răniților și combustionaților nr.1" (de trupe)
- „Trusa medicului de campanie"

Seturile de destinație specială sunt menite pentru aprovizionarea operativă a punctelor medicale și spitalelor în timpul acțiunilor de luptă, dar și pentru asigurarea urgentă cu materiale medicale a formațiunilor medicale ce activează în focarele de pierderi sanitare în masă.

Caracteristica medico-tactică a seturilor funcționale

„Sala mare de pansament" asigură lucrul unui medic și a 2 asistente medicale (2 instructori sanitari) în timp de 48 de ore și înzestrarea sălii de pansament a punctului medical al brigăzii. Conține forme medicamentoase de grupul „A" și „B", aparataj medical, setul mic și mare de instrumentar, aparatul de transfuzie directă a sângelui etc. După materialele consumabile sala de pansament asigură acordarea primului ajutor medical la 50 de răniți.

„Sala de pansament auto" reprezintă un salon pe baza automobilului GAZ-66. În salon există o masă de pansament mobilă (își schimbă poziția pe verticală și orizontală), dulapuri, lavoar, forme medicamentoase din setul „Sala mare

de pansament", setul „Pansamente sterile", „Atele" și altele. După materialele consumabile asigură acordarea primului ajutor medical la 130–150 de răniți și bolnavi.

Setul „Pentru primire și triaj" e destinat pentru înzestrarea cortului de primire și triaj, conține forme medicamentoase de grupul „A" și „B", aparataj medical, setul mic de instrumentar etc. și după materialele consumabile se folosește pentru acordarea primului ajutor medical la 50 de răniți și bolnavi.

Setul „Ajutor special" conține antidoți, radioprotectori, sânge conservat, substanțe bronhodilatatoare, anticonvulsive, alte medicamente de grupul „A" și „B" și este destinat pentru acordarea primului ajutor medical la 200 de lezați (pentru 100 de lezați prin substanțe toxice și pentru 100 de lezați prin iradiere). Se folosește în sala mare de pansament și în cortul de primire și triaj.

Setul „Stomatologic" conține materiale specifice stomatologice și instrumentar stomatologic și este destinat pentru tratamentul de ambulatoriu al bolnavilor de profil timp de o lună (250 de vizite). La set se anexează fotoliul stomatologic și bormașina. Se folosește în timpul dintre lupte sau în perioada de pregătire.

Setul „Ambulatoriu – sala de pansament" este destinat pentru punctele medicale ale batalioanelor, în fruntea cărora se află un medic. Conține medicamente de grupul „A" și „B", instrumentar și aparataj medical etc. După materialele consumabile setul asigură primul ajutor medical la 100 de răniți și bolnavi și la 50 de lezați prin substanțe toxice și radioactive, în perioada de acalmie – pentru tratamentul de ambulatoriu la 50–70 de răniți și bolnavi.

Setul „Pentru felcer" conține forme medicamentoase de grupul „A" și „B", tonometru, anumite instrumente etc., și este destinat pentru acordarea ajutorului premedical a 100 de răniți și 50 de lezați prin substanțe toxice sau prin iradiere. Acest set este în dotarea fiecărui felcer.

Setul „Farmacia punctului medical al brigăzii" este destinat pentru înzestrarea și asigurarea lucrului farmaciei punctului medical al brigăzii. Conține forme medicamentoase de grupul „A" și „B", utilaj farmaceutic și altele. După materialele consumabile asigură acordarea primului ajutor medical la 100 de răniți și 50 de lezați prin substanțe toxice sau iradiere.

Caracteristica medico-tactică a seturilor de destinație specială

Setul „Pansamente sterile" conține tifon de diferite dimensiuni și vată, șervețele, pernuțe de tifon și vată și este destinat pentru 100 de răniți.

Setul „Atele" conține 70 de diverse atele pentru 50 de imobilizări.

Setul „Pansamente sterile pentru combustionați" conține bandaje deja pregătite de diferite dimensiuni pentru diferite regiuni anatomice (membre inferioare și superioare, corp etc.), șervețele mari și mici, pernuțe de tifon și vată. Bandajele de contur pe de o parte sunt îmbibate cu amestec metalic care exclude lipirea bandajului de suprafața arsă. Este destinat pentru 100 de combustionați.

Setul „Antibiotice nr. 1" conţine un miliard de unităţi de antibiotice cu spectru larg de acţiune şi este destinat pentru 500 de răniţi şi bolnavi.

Setul „Medicamente pentru tratamentul răniţilor şi combustionaţilor nr. 1" (pentru trupe) conţine medicamente de grupul „A" şi „B" şi este destinat pentru acordarea primului ajutor medical la 200 de răniţi şi bolnavi.

„Trusa medicului de campanie" conţine medicamente de grupul „A" şi „B", unele aparate, instrumentar necesar şi altele şi este destinat pentru acordarea primului ajutor medical în afara punctului medical al brigăzii (la chemare) la 30 de răniţi şi bolnavi.

Pentru acordarea ajutorului premedical şi a unor elemente de urgenţă ale primului ajutor medical se folosesc seturile „Pentru felcer", "Atele", "Pansamente sterile", „Ambulatoriu – sala de pansament", „Antibiotice nr. 1" (caracteristica este dată mai sus) şi „Trusa medicală de campanie" care conţine unele forme medicamentoase de grupul „A" şi „B", garoul, atele de sârmă, unele instrumente, cuţit, carnet şi creion şi este destinat pentru acordarea primului ajutor la 30 de răniţi şi bolnavi.

În acordarea primului ajutor se folosesc:

- mijloacele de protecţie medicală individuală (trusa medicala individuală, pachetul individual de pansament, pachetul individual antichimic); trusa medicală individuală, ce conţine antidoţi, analgezice, radioprotectori, antivomitive şi antibiotice cu spectru larg de acţiune;
- trusa medicală pentru trupă, ce conţine unele forme medicamentoase, garoul şi altele, şi este destinată pentru înzestrarea tuturor mijloacelor de transport şi de luptă ce se mişcă pe roţi şi pe şine, şi asigură acordarea primului ajutor la 3–5 persoane (echipajul tancului, maşinii blindate şi altele);
- trusa medicală de campanie, cu care este înzestrat fiecare şofer sanitar, sanitar-puşcaş, echipă de brancardieri, sanitar, instructor sanitar şi felcer (caracteristica este dată mai sus).

În afară de seturile medicale, brigada de infanterie motorizată (compania medicală, punctele medicale) trebuie să fie aprovizionată cu aparataj şi utilaj medical etc. pentru asigurarea activităţii eficace a etapelor de tratament şi evacuare corespunzătoare.

Aparate şi obiecte medicale:

Injector hidraulic fără ac BI–3

Ploscă emailată

Urinal masculin emailat

Aparat pentru ventilarea pulmonară artificială DP–0902

Aparat pentru ventilarea pulmonară artificială DP–1002

Inhalator de oxigen portativ KI–4

Remedii dezinfectante, utilaj şi dispozitive pentru dezinfecţie

- pulverizator GS–2
- pulverizator automat AO–2

- calciu hidroclorid (clorură de var)

Utilaj pentru sterilizare-casoletă pentru sterilizare cu capac CSC–3

Mobilă medicală:

Masă pentru pansament de campanie în ladă

Măsuţă pentru instrumente

Mijloace materiale medicale pentru gospodărie şi sanitărie de inventar

Brancarde, lighean emailat, căldare emailată, chinga brancardierului, chingă specială, lavoar, semnul „Crucea Roşie", steagul „Crucea Roşie"

Utilaj

Fixator pentru 2 lighene, fixator pentru ligheanul lavoarului, fixator pentru flacoane, suport Pavlovski, suport unificat, scaun pliant, container termoizolator cu capacitatea de 3,5 litri TC–3,5, dar şi medicamente terapeutice generale (alcool etilic, oxigen medical în butelii etc.), medicamente toxice (sol. de atropină sulfurică 0,1% în fiole, de promedol 2% în fiole, de morfină hidroclorică 1% în fiole etc.)

Aprovizionarea unităţilor şi marilor unităţi militare cu materiale medicale în timpul formării şi în diverse perioade de acţiuni de luptă

În unităţile şi în marile unităţi şefii serviciului medical efectuează conducerea aprovizionării medicale, iar în unităţile şi instituţiile medicale – comandanţii lor.

Materialele medicale necesare pentru înzestrarea iniţială a unităţilor militare se livrează conform normelor de aprovizionare incluse în ordinul MA al RM.

Tehnica medicală (laboratoarele auto, instalaţiile de duş ş.a.) nu este inclusă în aceste norme şi se livrează unităţilor militare conform tabelelor acestor unităţi.

Tabelul este documentul în care sunt enumerate tehnica sanitară, seturile şi obiectele cu bucata, necesare unităţii, formaţiunii pentru desfăşurarea activităţii tuturor subdiviziunilor şi îndeplinirea completă a funcţiilor lor.

În timp de pace materialele şi tehnica medicală, conform normelor de aprovizionare şi tabelelor prevăzute pentru timp de război, se păstrează în stocurile unităţii şi marilor unităţi.

Pe parcursul păstrării seturile, materialele medicale se învechesc şi sunt schimbate (împrospătate) cu altele noi.

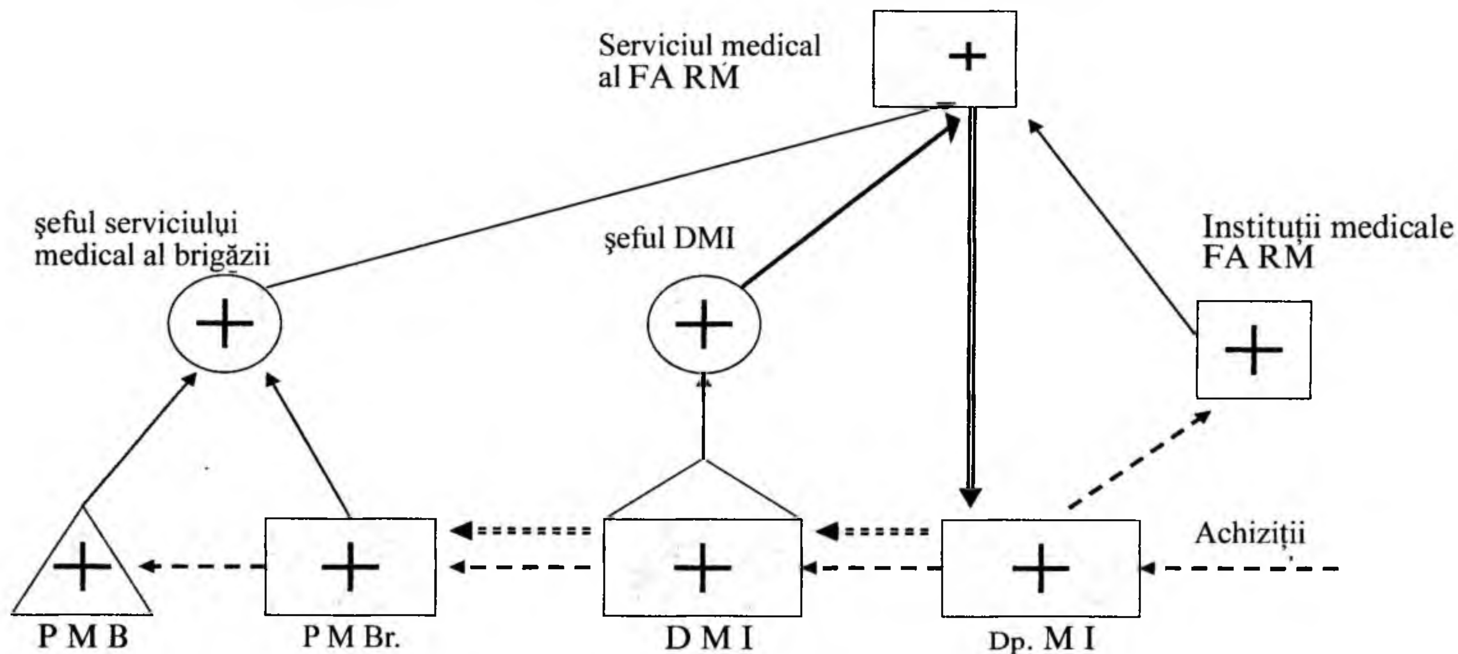
În perioada de luptă şi în timpul acţiunilor de luptă materialele medicale se păstrează respectând regulile stabilite, ţinând cont de protecţia lor de acţiunea factorilor lezanţi ai armei contemporane.

În perioada pregătirii către luptă asigurarea cu materiale medicale include:

- precizarea necesarului, asigurarea unităţii, marii unităţi cu materiale medicale de destinaţie specială;
- comandarea (cererea) materialelor medicale necesare;
- transportarea materialelor medicale la unităţi, subunităţi, inclusiv a medicamentelor sterile, preparatelor de farmacie etc., la cererile lor.

Schema 4

MATERIALELE MEDICALE DE DESTINAŢIE SPECIALĂ CONFORM NECESARULUI REAL, ŢINÂND CONT DE MENŢINEREA REZERVELOR STABILITE



Raport-cerere

Dispoziţiuni

Asigurare

P M B – punctul medical al batalioanelor

P M Br. – punctul medical al brigăzii

D M I – detaşamentul medical independent

Dp. M I – depozit medical independent

În timp de campanie materialele medicale se livrează pentru o lună sau pentru o operaţiune militară. În timpul acţiunilor de luptă asigurarea unităţii cu materiale medicale şi tehnică medicală se efectuează urgent conform cererilor depuse (dacă au apărut pierderi sanitare în masă neprevăzute), la lichidarea focarelor apărute în urma folosirii armelor de nimicire în masă ş.a. În aşa cazuri rapoartele (cererile) se trimit direct şefului Serviciului medical, care ia măsuri pentru expedierea urgentă a materialelor medicale (*schema 4*).

Evident, asigurarea cu materiale medico-militare a trupelor în campanie la timp şi calitativ este una dintre misiunile de bază ale activităţii serviciului medical, o parte componentă a deservirii trupelor şi o condiţie foarte importantă pentru îndeplinirea cu succes a misiunilor în acordarea ajutorului medical şi în tratamentul răniţilor şi bolnavilor.

Capitolul VIII.
ORGANIZAREA LUCRULUI SUBUNITĂȚILOR MEDICALE ALE BRIGĂZII DE INFANTERIE MOTORIZATĂ ÎN CAMPANIE

În războiul contemporan formațiunile medicale vor activa în condiții foarte dificile, determinate de mai mulți factori, și în special de: situația de luptă real creată, felurile de arme folosite de către inamic, tipurile de luptă (ofensivă sau defensivă), numărul de răniți și bolnavi apăruți, gradul de pregătire de luptă și de specialitate a efectivului serviciului medical, nivelul de pregătire medico-militară a efectivului trupelor privind acordarea primului ajutor, înzestrarea subunităților medicale cu materiale medico-sanitare și tehnică sanitară, clima, condițiile medico-geografice etc. O semnificație deosebită va avea și dirijarea cât mai corectă a forțelor și mijloacelor serviciului medical, dar și interacțiunea cu alte servicii ale marilor unități și unităților militare.

Vom specifica că serviciul medical al brigăzii este condus de către șeful serviciului medical al brigăzii subordonat comandantului de brigadă, iar în problemele medicale – șefului superior al serviciului medical. În brigadă există compania medicală în frunte cu comandantul de companie subordonat șefului serviciului medical al brigăzii.

Felcerii (instructorii sanitari) companiilor independente ale brigăzii (exemplu: compania recunoaștere, compania protecție antichimică, compania genistică etc.) se subordonează comandanților respectivi și îndeplinesc indicațiile șefului serviciului medical al brigăzii în problemele medicale.

În batalion există punctul medical al batalionului dirijat de șeful serviciului medical al batalionului – șeful punctului medical al batalionului. El este subordonat comandantului de batalion (în problemele de comandament) și șefului serviciului medical al brigăzii (în problemele medicale).

În companie serviciul medical este prezentat de un instructor sanitar, supus comandantului de companie, iar în problemele medicale – șefului punctului medical al batalionului.

În pluton este un sanitar-pușcaș, supus comandantului de pluton, care concomitent îndeplinește indicațiile instructorului sanitar al companiei privind problemele medicale.

În capitolul dat vom aprecia doar rolul punctului medical al batalionului și companiei medicale a brigăzii.

E clar că, după acordarea primului ajutor răniților și bolnavilor pe câmpul de luptă (autoajutor, ajutor reciproc, dar și de către instructori sanitari, sanitari-pușcași, sanitari, șoferi sanitari), în funcție de situația creată, răniții și bolnavii vor fi scoși de pe câmpul de luptă și evacuați la punctul medical al batalionului.

Pentru a-şi îndeplini misiunile sale punctul medical al batalionului are o componenţă de efectiv, este înzestrat cu materiale medicale şi mijloace tehnice etc.

Punctul medical al batalionului în condiţii de campanie are următoarele misiuni:

- căutarea răniţilor şi bolnavilor pe câmpul de luptă, organizarea acordării primului ajutor, adunarea, scoaterea şi evacuarea acestora la punctul medical al batalionului;
- primirea, efectuarea triajului medical al răniţilor şi bolnavilor, acordarea unor elemente de urgenţă ale primului ajutor medical şi acordarea ajutorului premedical;
- primirea de la şeful serviciului medical al brigăzii a forţelor şi mijloacelor de întărire a batalionului şi repartizarea lor subunităţilor (companiilor, plutoanelor);
- efectuarea recunoaşterii medicale a terenului de dislocare (în defensivă) a batalionului;
- efectuarea măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice în batalion;
- instruirea medico-militară a efectivului batalionului;
- instalarea punctului medical al batalionului ca etapă medicală (doar în defensivă).

Pentru executarea misiunilor nominalizate punctul medical al batalionului are în componenţa sa personalul necesar şi înzestrarea respectivă cu materiale medico-sanitare şi mijloace tehnice necesare.

Structura organizatorică a punctului medical al batalionului:

şeful serviciului medical al batalionului – şeful punctului medical	- 1
medic de pregătire generală	- 1
felcer	- 1
instructor sanitar	- 2
sanitar	- 2
şoferi-sanitari (din ei unul e superior)	- 4

Înzestrarea punctului medical al batalionului

Se ştie, că pentru îndeplinirea misiunilor punctului medical al batalionului sunt necesare nu doar forţe (efectiv), ci şi materialele şi mijloacele necesare.

În acest context, punctul medical al batalionului, în conformitate cu Normele de aprovizionare cu mijloace medico-sanitare a unităţilor şi instituţiilor militare ale Armatei Naţionale a Republicii Moldova pentru timp de război, aprobate prin ordinul Ministrului Apărării, este înzestrat cu:

- trusa felcerului
- trusa medicului de campanie

- trusa „Ambulatoriu - sala de pansament”
- trusa „Pansamente sterile”
- trusa „Atele”
- trusa „Antibiotice nr.1”
- trusa (geanta) sanitarului
- trusa (geanta) instructorului sanitar
- aparate pentru ventilarea pulmonară artificială DP-1002
- inhalator de oxigen portativ KI-4
- forme medicamentoase în fiole şi seringi-tub
- oxigen medical în butelii
- alcool etilic
- seringi 1,0; 2,0; 5,0; 10,0; 20,0 ml
- sisteme pentru transfuzia sângelui
- remedii, utilaj şi dispozitive pentru dezinfecţie
- masă pentru pansament de campanie în ladă
- mască antigaz pentru răniţi în craniu
- brancarde
- chingi pentru brancarde
- chingi speciale
- suport pentru lavoar
- suporturi pentru flacoane
- scaune pliante
- lavoar
- semnul „Crucea Roşie” - pentru fiecare lucrător medical
- steagul „Crucea Roşie”

În afară de aceasta punctul medical al batalionului va avea în posesie un rezervor de apă potabilă, mijloace de încălzire a răniţilor şi bolnavilor, dar şi de îngrijire a acestora şi altele.

Pentru evacuarea răniţilor şi bolnavilor din subunităţile batalionului punctul medical este înzestrat cu 4 autosanitare cu o capacitate de 6–7 persoane (4 brancardiaţi şi 2–3 pe şezute).

Organizarea lucrului punctului medical al batalionului

Este necesar de a menţiona că organizarea lucrului punctului medical al batalionului în diverse tipuri de luptă se deosebeşte principial. De exemplu, în lupta de ofensivă punctul medical al batalionului nu se instalează, ci lucrează „din mers”. În cazul dat lui i se planifică şi i se indică direcţia principală de deplasare în urma batalionului aflat în ofensivă. Răniţii şi bolnavii din companiile batalionului, după acordarea primului ajutor, vor fi adunaţi la direcţia deplasării punctului medical în aşa-numitele „grupuri mari”. Punctul medical se va opri la fiecare din

aceste grupuri de răniţi şi bolnavi, va acorda ajutorul premedical şi unele elemente ale primului ajutor medical, deplasându-se în continuare spre alt grup. Concomitent, şeful punctului medical va raporta şefului serviciului medical al brigăzii despre locul şi numărul de răniţi şi bolnavi aflaţi în „grupuri mari" şi cărora li s-a acordat ajutorul premedical. Şeful serviciului medical al brigăzii cu mijloacele de evacuare subordonate în continuare va organiza şi evacua răniţii şi bolnavii din aceste „grupuri mari" la punctul medical al brigăzii pentru acordarea primului ajutor medical.

În defensivă punctul medical al batalionului se instalează la 2,5–3 km de la linia frontului.

Pentru instalarea şi organizarea mai eficientă a lucrului punctului medical al batalionului e necesar un adăpost (crater, groapă curăţată, apărută în urma exploziei unui obuz etc.) şi un teren nu mai mic de 30 x 30 m. Aici se vor afla şi autosanitarele repartizate de la compania medicală a brigăzii până la iniţierea luptei de defensivă.

Autosanitarele punctului medical al batalionului în acelaşi timp se vor afla la posturile de autosanitare organizate la direcţia acţiunilor de luptă ale fiecărei companii ce constituie primul eşalon al batalionului. Toate aceste mijloace de transport au destinaţia de a începe cât mai timpuriu evacuarea răniţilor şi bolnavilor din companii şi, respectiv, din punctul medical al batalionului.

La sosirea autosanitarelor la punctul medical al batalionului, sanitarii, şoferii sanitari, instructorii sanitari vor debarca răniţii şi bolnavii şi cu aceleaşi brancarde îi vor aşeza pe suporturi speciale. Răniţilor de gravitate uşoară li se va indica locul de aşteptare. Medicul împreună cu felcerul vor efectua triajul medical pentru a alege răniţii şi bolnavii care necesită măsuri de urgenţă, în lipsa acordării cărora ei nu vor suporta evacuarea ulterioară. Deci, în primul rând va fi acordat ajutorul medical răniţilor şi bolnavilor care necesită unele măsuri de urgenţă ale primului ajutor medical. Ulterior se acordă ajutorul medical restului de răniţi şi bolnavi.

După acordarea ajutorului medical răniţii şi bolnavii vor fi evacuaţi la punctul medical al brigăzii, unde li se va acorda primul ajutor medical în volumul stabilit.

În cazul în care la punctul medical al batalionului vor sosi pierderi sanitare în masă sau inamicul a pătruns în dispozitivul de luptă al batalionului şi, prin urmare, apare pericolul de a ajunge la punctul medical, răniţilor şi bolnavilor li se va efectua triajul medical şi li se va acorda ajutorul medical necesar în saloanele autosanitarelor sosite. În aşa cazuri lezaţii vor fi evacuaţi cu aceleaşi mijloace de transport la următoarea etapă de tratament şi evacuare – la punctul medical al brigăzii.

Aceste condiții de luptă impun de a finisa acordarea ajutorului medical răniților și bolnavilor la punctul medical al batalionului și de a-l redeplasa în spatele frontului.

E absolut clar că pentru punctul medical al batalionului este caracteristic ajutorul premedical ca tip de ajutor medical, chiar și dacă aici se acordă unele elemente ale măsurilor de urgență a primului ajutor medical.

Primul ajutor medical este caracteristic pentru punctul medical al brigăzii, care se instalează ca etapă de tratament și evacuare de către compania medicală a brigăzii.

Misiunile, structura organizatorică și înzestrarea companiei medicale a brigăzii

Compania medicală a brigăzii este o subunitate de bază a serviciului medical al brigăzii. În fruntea ei se află comandantul de companie, care este subordonat șefului serviciului medical al brigăzii.

În condiții de campanie compania medicală a brigăzii îndeplinește o serie de misiuni mult mai complexe.

Misiunile companiei medicale:

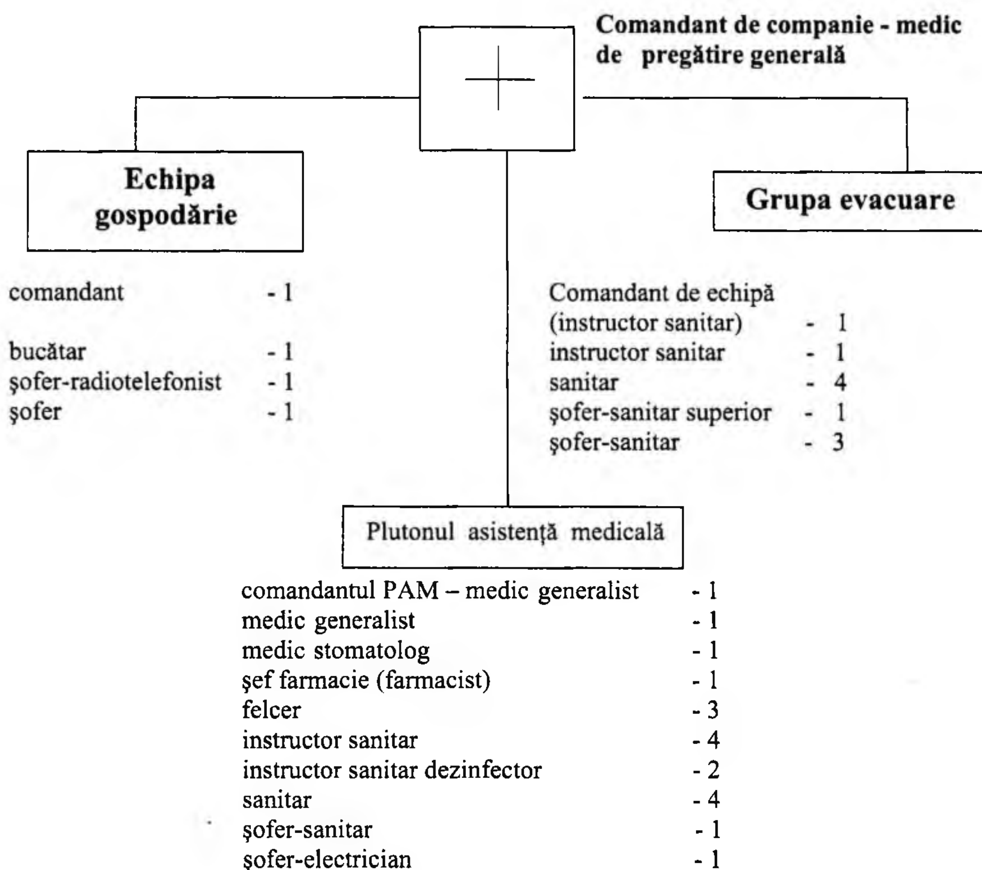
- participarea la căutarea, adunarea răniților și bolnavilor, acordarea primului ajutor și scoaterea acestora de pe câmpul de luptă;
- evacuarea răniților și bolnavilor din punctele medicale ale batalioanelor, din alte subunități militare ale brigăzii la punctul medical al brigăzii;
- primirea mijloacelor sanitare și de transport repartizate brigăzii de către șeful superior al serviciului medical și repartizarea lor la punctele medicale ale batalioanelor și în subunitățile brigăzii;
- întărirea punctelor medicale ale batalioanelor cu mijloace de scoatere și evacuare a răniților și bolnavilor;
- acordarea primului ajutor medical de ambulatoriu răniților și bolnavilor;
- efectuarea recunoașterii medicale;
- organizarea și efectuarea măsurilor sanitaro–igienice și antiepidemice în brigadă;
- organizarea și efectuarea măsurilor medicale de protecție a militarilor contra armelor de distrugere în masă;
- organizarea aprovizionării punctelor medicale ale batalioanelor, felcerilor, instructorilor sanitari ai companiilor independente ale brigăzii cu materiale medicale;
- instruirea medico-militară a efectivului brigăzii și asigurarea militarilor cu mijloace medicale de protecție individuală;
- educația sanitară a militarilor, propagarea modului sănătos de viață;
- pregătirea de luptă și de specialitate a efectivului serviciului medical al brigăzii;

- asigurarea pazei, apărării şi protecţiei punctului medical al brigăzii;
- instalarea punctului medical al brigăzii ca etapă de tratament şi evacuare;
- evidenţa medicală şi darea de seamă cu privire la activitatea serviciului medical al brigăzii.

Pentru îndeplinirea misiunilor nominalizate compania medicală dispune de personal şi utilaj medical.

Schema 5

STRUCTURA ORGANIZATORICĂ ŞI STATALĂ A COMPANIEI MEDICALE



Înzestrarea companiei medicale cu mijloace tehnice, corturi, materiale medicale şi sanitaro-gospodăreşti

Sala de pansamente auto	- 1
Autosanitare	- 5
Autocamioane	- 2
Remorci cu o osie	- 4
Bucătărie de campanie pe remorcă	- 1
Staţie radio	- 1
Staţie electrică	- 1
Corturi de tip UST (UZ-68)	- 2
Corturi de tabără	- 3

Seturi de materiale medicale:

„Sala de pansament auto"
„Sala mare de pansament"
„Pentru primire şi triaj"
„Ajutor special"
„Medicamente pentru tratamentul răniţilor şi combustionaţilor nr.1"
„Stomatologic"
„Ambulatoriu – sala de pansament"
„Farmacia punctului medical al brigăzii"
„Utilaj şi remedii pentru dezinfecţie"
„Pansamente sterile"
„Atele"
„Pansamente sterile pentru combustionaţi"
„Antibiotice nr.1"
Trusa medicului de campanie
Trusa felcerului
Trusa medicală de campanie
Trusa medicală de trupe

Alte mijloace şi materiale:

Mijloace de protecţie medicală individuală (pachete individuale de pansament, truse medicale individuale, pachete individuale antichimice)
Forme medicamentoase din grupul „A" şi „B"
Oxigen medical în butelii
Seringi jetabile
Injector fără ac (BI–3)
Aparate pentru ventilarea artificială a plămânilor „DP 0902", „DP 1002"

Inhalatoare de oxigen „KI-4"
Bormaşină electrică combinată
Fotoliu stomatologic pliant
Mese de pansament de campanie
Măsuţă pentru instrumente
Brancarde, suporturi pentru brancarde
Suporturi pentru flacoane
Lighene emailate, căldări
Suport pentru bazine
Suport de 3 niveluri pentru 6 brancardiaţi
Mobilă de campanie
Chingi sanitare şi speciale
Lavoar, cuiere
Aparat de cercetare chimică medico-veterinar
Radiometru (β γ-radiometru)
Casolete pentru sterilizare
Semne „Crucea Roşie"
Steagul „Crucea Roşie" etc.

Materialele medicale aflate în dotarea companiei medicale asigură acordarea primului ajutor medical în volum deplin la 500 de răniţi şi bolnavi sau la 350 de răniţi şi bolnavi în cazul în care se acordă doar măsurile de urgenţă ale primului ajutor medical.

Luând în considerare numărul de autosanitare şi capacitatea lor, compania medicală are posibilitatea de a evacua într-o zi de luptă 150–170 de răniţi şi bolnavi din punctele medicale ale batalioanelor la punctul medical al brigăzii.

După cum a fost menţionat mai sus, compania medicală instalează punctul medical al brigăzii ca etapă de tratament şi evacuare.

La punctul medical al brigăzii activează acelaşi personal al companiei medicale, cu excepţia echipei de evacuare, care se ocupă de evacuarea răniţilor şi bolnavilor de la punctele medicale ale batalioanelor la punctul medical al brigăzii. Punctului medical al brigăzii îi este caracteristic ca tip de ajutor medical primul ajutor medical.

Misiunile punctului medical al brigăzii, schema principială de instalare, cerinţele către terenul de instalare şi organizarea lucrului

Fiecare etapă de tratament şi evacuare are misiunile sale concrete şi îndeplineşte un tip de ajutor medical, în aşa fel asigurându-se consecutivitatea în acordarea ajutorului medical şi tratamentului răniţilor şi bolnavilor în campanie.

Misiunile punctului medical al brigăzii:

- primirea răniților și bolnavilor, efectuarea triajului medical, înregistrarea lor și completarea fișei medicale primare pentru fiecare din cei care au primit ajutorul medical la etapa dată;
- efectuarea controlului dozimetric privind contaminarea răniţilor și bolnavilor cu substanțe radioactive;
- tratamentul sanitar parțial al răniților și bolnavilor, dezactivarea, degazarea și dezinfecția echipamentului și transportului sanitar;
- acordarea primului ajutor medical răniților și bolnavilor în volumul stabilit;
- izolarea temporară a bolnavilor infecțioși și suspecților de boală infecțioasă;
- pregătirea răniților și bolnavilor spre evacuarea ulterioară;
- tratamentul de ambulatoriu al răniţilor și bolnavilor;
- controlul perfecțiunii primului ajutor și ajutorului premedical deja acordat răniților și bolnavilor pe câmpul de luptă sau la punctele medicale ale batalioanelor.

Este necesar de a constata că misiunile numite sunt direct legate cu misiunile (și denumirea) secțiilor funcționale ale punctului medical al brigăzii.

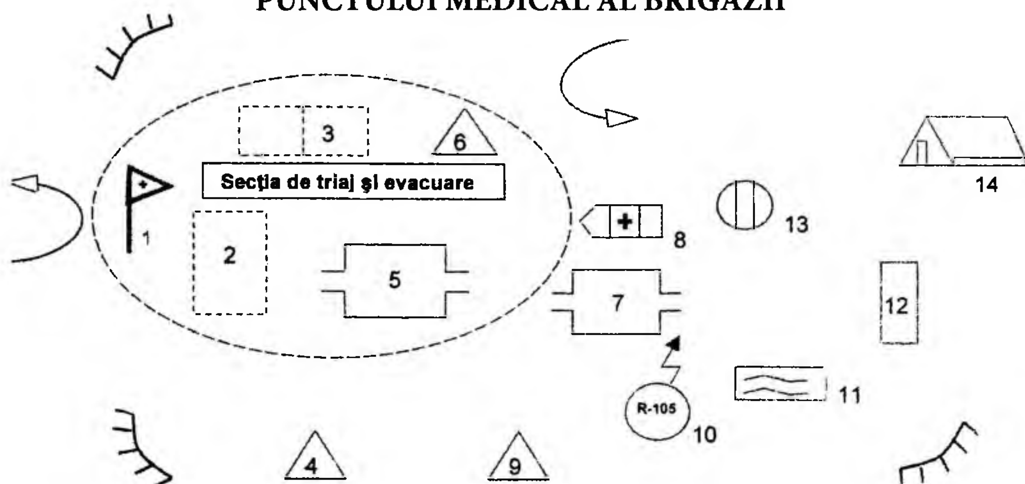
Schema principială de instalare a punctului medical al brigăzii și cerințele către terenul de instalare:

1. Postul de îndrumare și control dozimetric
2. Terenul de primire și triaj medical
3. Terenul de tratament special
4. Izolatorul
5. Cortul de primire și triaj
6. Cortul (terenul) de evacuare
7. Sala de pansament
8. Sala de pansament auto
9. Farmacia punctului medical al brigăzii
10. Punctul de conducere
11. Stația electrică
12. Bucătăria de campanie
13. Terenul pentru aterizare – decolare a elicopterelor
14. Locul (adăpostul) pentru odihna personalului

Schema 6 demonstrează că în componența punctului medical al brigăzii se instalează și se amenajează următoarele secții funcționale: secția de triaj și evacuare (postul de îndrumare și control dozimetric, terenul de triaj, cortul de primire și triaj, terenul de tratare specială și cortul de evacuare), sala de pansament, sala de pansament auto, izolatorul, farmacia și punctul de conducere. Restul din cele demonstrate în schemă se referă la obiectele (serviciile) de deservire ale punctului

Schema 6

SCHEMA PRINCIPIALĂ DE INSTALARE A PUNCTULUI MEDICAL AL BRIGĂZII



medical al brigăzii. De menționat că schema demonstrată nu poate fi un șablon: în unele condiții sala de pansament auto va lucra de sine stătător în afara punctului medical, iar terenul de tratare specială, în funcție de direcția vântului, va fi amenajat într-un alt loc, ca să nu polueze terenul punctului medical cu substanțe nocive în urma dezactivării, degazării și dezinfecției echipamentului militar sau mijloacelor de transport care au transportat răniții și bolnavii la etapa dată.

În mod imperativ este necesar de a respecta unele cerințe către terenul în care va fi instalat punctul medical al brigăzii. Respectarea lor va favoriza lucrul mai eficace, dar și mai îndelungat pe unul și același teren în condiții mai bune de activitate.

La alegerea terenului de amplasare a punctului medical se ține cont de următoarele cerințe:

- terenul să fie la o distanță corespunzătoare tipurilor de acțiuni de luptă (în ofensivă - la 5–6 km, în defensivă - la 10–12 km de la linia frontului); în ofensivă punctul medical se va deplasa peste fiecare 15–20 km în funcție de ritmul de ofensivă al eșalonului întâi al brigăzii;
- suprafața terenului să aibă dimensiuni nu mai mici de 100 x 100 metri;
- terenul să fie comod pentru instalarea tuturor secțiilor funcționale;
- în apropierea nemijlocită de terenul ales să fie căi de evacuare și o sursă de apă potabilă;
- terenul să fie cât mai lateral posibil de direcția loviturii principale a inamicului (în defensivă);
- locul să fie inaccesibil pentru tancurile inamicului (în defensivă);

- terenul să asigure mascarea cât mai eficientă a punctului medical;
- terenul să fie la o distanță suficientă (2–4 km) de la formațiunile-țintă pentru inamic (punctele de comandă, subunitățile rachetare, de artilerie etc.);
- terenul să nu fie contaminat cu substanţe radioactive, toxice, bacteriene;
- starea sanitaro-epidemiologică a terenului să fie satisfăcătoare.

Organizarea lucrului punctului medical al brigăzii

Eficacitatea lucrului punctului medical al brigăzii în mare măsură depinde de situația de luptă şi medicală, de gradul de pregătire specială a personalului medical, de completarea cu efectiv experimentat, materiale medicale şi tehnică sanitară, şi de organizarea corectă a lucrului.

Organizarea activității punctului medical prevede instalarea şi înzestrarea secțiilor funcționale cu cele necesare, repartizarea personalului medical la aceste secții, fiecare cunoscând bine obligațiunile funcționale, şi începerea organizată a etapei date de tratament şi evacuare.

Înzestrarea secțiilor funcționale cu aparataj, materiale medicale şi sanitaro-gospodăreşti

Secția de triaj şi evacuare

Postul de îndrumare şi control dozimetric se amplasează la intrarea pe terenul punctului medical. El are un adăpost în formă de ciupercă-umbrelă, o bară cu semnul „STOP", un radiometru, un aparat de cercetare chimică medico-veterinar, un mijloc de semnalizare a alarmei (clopot, o bucată de şină feroviară etc.), un tabel cu indicarea nivelului permis de iradiere a pielii, echipamentului răniților şi bolnavilor în caz de contaminare cu substanţe radioactive, a mijloacelor de transport, brancardelor, apei şi produselor alimentare etc., cât şi tabelul cu semnalele de alarmă în caz de atac aerian, atomic sau chimic. Aici trebuie să fie lansat steagul „Crucea Roşie".

Terenul de triaj se amenajează cu: suporturi pentru brancarde, o măsuţă portativă pentru registrator, o măsuță cu remedii medicale, o rezervă de brancarde, o ladă pentru colectarea armelor răniților şi bolnavilor, mărci de triaj şi fişe medicale primare.

Cortul de primire şi triaj se înzestrează cu: o masă pentru registrator, o masă pentru medicamente, scaune, suport de trei niveluri pentru şase brancardiați, o masă pentru alimente, mijloace pentru îngrijirea răniților şi bolnavilor, lavoar, lighean, dar şi truse „Pentru primire şi triaj", „Pansamente sterile", „Atele", „Antibiotice nr.1", „Medicamente pentru tratamentul răniților şi combustionaților nr.1" (parțial), „Ajutorul special" (parțial), aparate de ventilare artificială a plămânilor, de inhalare cu oxigen, injector hidraulic fără ac BI–3 ş.a. Aici trebuie să fie registrul pentru evidența răniților şi bolnavilor, fişe medicale primare, mărci de triaj.

Terenul de tratare specială parţială este destinat pentru tratarea sanitară parţială a răniţilor şi bolnavilor contaminaţi cu substanţe (praf) radioactive, chimice şi bacteriologice, dar şi pentru dezactivarea, degazarea şi dezinfecţia echipamentului, armelor lezaţilor şi a mijloacelor de transport (pe un teren aparte). Terenul de tratare specială se împarte în două părţi: partea de tratare specială („partea murdară") şi „partea curată". Terenul „părţii murdare" se amenajează cu mese pentru mijloacele de dezactivare, degazare şi dezinfecţie, lavoare, cuiere portative verticale, suporturi pentru brancarde, vase cu soluţii de substanţe degazante şi dezinfectante, perii, nuiele (vergi) pentru înlăturarea prafului radioactiv de pe echipamentul scos, pachete individuale antichimice, pulverizator „GS-2", pulverizator automat „AO-2", mască antigaz, seturi de protecţie antichimică, radiometru, aparat de cercetare chimică medico-veterinar, vase cu apă, săpun etc.

„Partea curată" este destinată pentru verificarea eficacităţii tratării sanitare a răniţilor şi bolnavilor, dezactivării, degazării şi dezinfecţiei echipamentului, armelor lezaţilor. Aici trebuie să fie o masă, aparate radiometrice, de cercetare chimică, trusa medicală de campanie, seturi curate de lenjerie de corp şi echipament militar, apă potabilă ş.a.

Cortul (terenul) de evacuare se înzestrează cu o masă pentru registrator, o masă pentru medicamente, o masă pentru alimente şi ceai, suporturi pentru brancarde, trusa felcerului, seturile „Pansamente sterile", „Atele", aparataj de ventilare artificială a plămânilor, inhalator de oxigen, mijloace de îngrijire a răniţilor şi bolnavilor, lavoar, cuier ş.a. Se instalează în cortul de tabără sau pe un teren deschis (în timp cald). Aici sunt necesare fişele medicale primare, mărcile de triaj şi registrul de evidenţă a răniţilor şi bolnavilor.

Sala de pansament este o secţie funcţională de bază care, ca şi cortul de primire şi triaj, se instalează în cortul UST-51 (UZ-68). Se înzestrează cu mese (pentru registrator, medicamente, materiale de pansament), o măsuţă pentru instrumentar steril, două mese de pansament, scaune, lavoar, cuier, lighene emailate pe suporturi pentru prelucrarea mâinilor medicilor, suporturi pentru flacoane, lighene pentru lavoar şi pentru acumularea materialelor folosite (seringi, sisteme, flacoane, pansamente etc.), mijloace de îngrijire a răniţilor şi bolnavilor. Se folosesc seturile: „Sala mare de pansament", „Stomatologic", „Pansamente sterile", „Atele", „Pansamente sterile pentru combustionaţi", „Ajutorul special", „Medicamente pentru tratamentul răniţilor şi combustionaţilor nr.1", „Antibiotice nr.1", bormaşină şi fotoliu stomatologic, aparate de ventilare artificială a plămânilor, inhalatoarele de oxigen. În sala de pansament se completează documentele de evidenţă medicală: fişa medicală primară, registrul de evidenţă a răniţilor şi bolnavilor, registrul de evidenţă a pansamentelor, registrul de evidenţă a transfuziilor, registrul de evidenţă a lucrului cabinetului stomatologic. Aici trebuie să fie mărci de triaj.

Sala de pansament auto. Este o subdiviziune mobilă ce reprezintă un salon montat pe şasiul automobilului GAZ–66, care poate fi folosit în acordarea primului ajutor medical în cadrul punctului medical al brigăzii *(fig. 1)*, sau de sine stătător. Suplimentar are două corturi, care se fixează la bordurile laterale ale salonului. Instalându-se, sala de pansament auto are o imagine de „fluture" (vezi *fig. 1*). În acest caz primul cort se foloseşte pentru primire şi triaj, cel de-al doilea – pentru pregătirea răniţilor şi bolnavilor spre evacuare ulterioară.

În salon este o masă de pansament cu un dispozitiv mecanic, prin care masa îşi poate schimba poziţia în toate direcţiile (pe verticală, orizontală, de rotaţie, liniară). Salonul e înzestrat cu sertare, dulap, lavoar, seturi: „Sala de pansament auto", „Pansamente sterile", „Atele", „Pansamente sterile pentru combustionaţi", „Medicamente pentru tratamentul răniţilor şi combustionaţilor nr.1",„Antibiotice nr.1", trusa pentru felcer, truse medicale de campanie, aparate de ventilare artificială a plămânilor, inhalatoare de oxigen, mese pentru pansamente şi instrumentar steril pentru medicamente, mijloace de îngrijire a răniţilor şi bolnavilor. Cortul de primire şi cel de evacuare practic sunt amenajate ca şi terenul de triaj şi cortul de evacuare ale punctului medical. Se îndeplinesc aceleaşi documente de evidenţă medicală.

Farmacia va fi instalată într-un cort de tabără şi se înzestrează cu o masă de lucru a farmacistului, lavoar, scaun, setul „Farmacia punctului medical al brigăzii". De regulă, în farmacie se păstrează seturile, care la momentul respectiv nu se folosesc în secţiile funcţionale, de asemenea, rezerva de materiale medicale a şefului serviciului medical al brigăzii. În farmacie se îndeplineşte „Registrul de evidenţă a mijloacelor materiale" (pentru materialele de inventar) şi aparate – pentru materialele consumabile).

Izolatorul se amenajează în cort (corturi) de tabără şi este înzestrat cu suporturi pentru brancarde, un lavoar cu soluţie de substanţe dezinfectante, cuier, halat medical, bonetă, mască din tifon şi vată, lighean pe suport, mănuşi de cauciuc, un rezervor cu soluţii dezinfectante pentru a înmuia lenjeria de corp a bolnavilor (la necesitate), mijloace de colectare a scaunului, urinei şi sputei. În izolator va fi şi o masă pentru primirea hranei. Toată vesela trebuie să fie numerotată conform numărului locului bolnavului.

Punctul de conducere prezintă o staţie radio aşezată într-un loc favorabil pentru o comunicaţie eficientă cu şeful superior al serviciului medical, dar şi cu subalternii.

Repartizarea personalului la secţiile funcţionale ale punctului medical al brigăzii (variantă)

Secţia de triaj şi evacuare

La postul de îndrumare şi control dozimetric lucrează un instructor sanitar-dozimetrist.

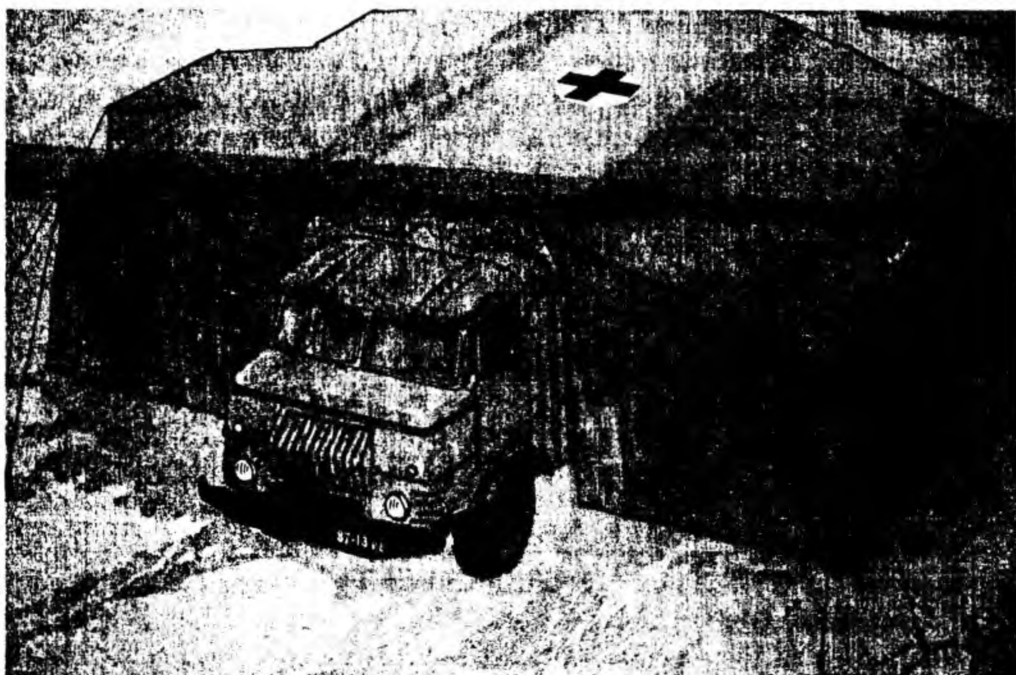


Fig. 1. **Sala de pansament auto**

Pe terenul de triaj şi în cortul de primire şi triaj, care îndeplinesc aceleaşi misiuni, activează o brigadă de triaj în componenţa unui medic (cel mai experimentat în efectuarea triajului medical), doi instructori sanitari şi doi registratori (sanitari sau din rândul celor răniţi uşor). Aici vor lucra şi 2–3 echipe de brancardieri pentru transportul răniţilor şi bolnavilor la alte secţii funcţionale. Echipele de brancardieri nu sunt incluse în componenţa brigăzii de triaj şi, de regulă, sunt numite din cadrul răniţilor de gravitate uşoară.

Pe terenul de tratare specială se află un instructor sanitar-dezinfector.

În cortul sau pe terenul de evacuare lucrează un felcer.

În sala de pansament lucrează un medic generalist, un medic stomatolog, un felcer, doi instructori sanitari şi un sanitar.

În sala de pansament auto activează un medic generalist, un felcer, un instructor sanitar, un şofer sanitar.

În farmacie lucrează şeful farmaciei.

Izolatorul se află sub supravegherea unui felcer.

La punctul de conducere şi la staţia electrică lucrează corespunzător şoferul-radiotelefonist şi şoferul-electrician.

Evident, la bucătăria de campanie bucătarul pregăteşte hrana.

După cum s-a menţionat mai sus, echipa de evacuare se ocupă de evacuarea răniţilor şi bolnavilor din punctele medicale ale batalioanelor la punctul medical al brigăzii.

Organizarea triajului medical

În cazul în care soseşte transportul cu răniţi şi bolnavi, instructorul sanitar de la postul de îndrumare şi control dozimetric informează personalul punctului medical prin semnale de alarmă, opreşte automobilul, se apropie de şofer şi se interesează din ce focar au fost evacuaţi lezaţii. În continuare (la necesitate) măsoară nivelul de iradiere a automobilului, îndeosebi a roţilor şi uşilor, deschide uşa şi dă comandă celor care pot să se deplaseze de sine stătător, să coboare din automobil şi face triajul medical acestor răniţi şi bolnavi de gravitate medie şi uşoară. Măsurând nivelul de iradiere a echipamentului, ascultând plângerile, măsurând temperatura (la necesitate), aceşti răniţi şi bolnavi sunt repartizaţi în două grupuri:

a) răniţii şi bolnavii ce prezintă pericol pentru cei din jur (contaminaţii cu substanţe radioactive, lezaţii prin substanţe toxice de luptă persistente, prin forme bacteriene se trimit la terenul de tratare specială, bolnavii infecţioşi se trimit în izolator);

b) restul răniţilor şi bolnavilor care nu prezintă pericol pentru cei din jur se trimit la terenul de triaj.

Ulterior instructorul sanitar se urcă în salonul automobilului şi, procedând în aceeaşi ordine, răniţii şi bolnavii brancardiaţi se separă în aceleaşi două grupuri. În cazul în care vor fi depistaţi răniţi şi bolnavi ce poartă pericol pentru cei din jur, ei vor fi transportaţi (cu acelaşi transport) la terenul de tratare specială sau în izolator. Restul răniţilor şi bolnavilor brancardiaţi vor fi transportaţi la terenul de triaj (cortul de primire şi triaj).

La terenul de triaj, deja în timpul debarcării răniţilor şi bolnavilor din mijloacele de transport, medicul, examinându-i fără a le scoate pansamentul, ascultând acuzele lor şi evaluând gravitatea acestora, separă lezaţii care necesită măsuri de urgenţă ale primului ajutor medical şi îi trimite în sala de pansament (sala de pansament auto). Aceşti răniţi şi bolnavi vor constitui primul grup de triaj.

Restul răniţilor şi bolnavilor cu aceleaşi brancarde vor fi aranjaţi pe suporturi pentru brancarde în rânduri şi li se va face triajul medical de plan.

Medicul cu un instructor sanitar şi cu un registrator (din brigada de triaj) se apropie de primul lezat, ascultă plângerile acestuia, efectuează examenul medical fără a scoate pansamentul de pe plagă, apreciază starea de sănătate, stabileşte diagnosticul şi ia o decizie de triaj pentru rănitul (bolnavul) concret. Concomitent medicul dă indicaţii instructorului sanitar privind acordarea ajutorului medical pe loc, iar registratorului îi indică datele necesare pentru îndeplinirea fişei medicale primare.

Instructorul sanitar şi registratorul rămân cu primul rănit (bolnav), iar medicul cu a doua pereche (al doilea instructor sanitar şi al doilea registrator) trece la următorul lezat şi procedează în acelaşi mod. În acest timp prima pereche (primul instructor sanitar şi primul registrator) se eliberează şi se apropie împreună

cu medicul de următorul lezat şi aşa mai departe. Procedând în aşa mod, esenţial se reduce timpul de efectuare a triajului medical. Rezultatele triajului medical se stabilesc pentru fiecare rănit (bolnav) prin mărci de triaj, care se fixează pe echipamentul lezatului la un loc bine văzut şi care servesc pentru brancardieri ca indicatoare privind secţia funcţională şi ordinea (în ce rând) în care să fie transportat rănitul (bolnavul) concret.

Se interzice de a aşeza lezaţii noi sosiţi pe suporturile eliberate, menţinând astfel o continuitate a triajului medical.

În urma triajului medical pe terenul de triaj (în cortul de primire şi triaj) toţi răniţii şi bolnavii sunt repartizaţi în 4 grupuri:

1. Răniţii şi bolnavii care necesită măsuri de urgenţă a primului ajutor medical (menţionat mai sus).
2. Răniţii şi bolnavii, cărora li se va acorda ajutorul medical în rândul II (sau va fi temporar amânat).
3. Răniţii şi bolnavii, care vor fi evacuaţi la etapa următoare, fără acordarea ajutorului medical la etapa dată.
4. Răniţii şi bolnavii în stare de agonie (vor avea nevoie doar de asistenţă medicală simptomatică).

De menţionat că lezaţii brancadiaţi nu se scot de pe brancarde. Ei vor fi evacuaţi la etapele medicale cu aceleaşi brancarde. De aceea automobilele care au transportat lezaţii la punctul medical al brigăzii vor fi completate cu brancarde din rezerva de brancarde, care se păstrează la terenul de triaj.

În sala de pansament răniţii şi bolnavii sosiţi se aşază cu aceleaşi brancarde pe mesele de pansament. Aici la o masă de pansament lucrează un medic generalist, la alta – medicul stomatolog, fiecare din ei având în pereche câte un instructor sanitar. Felcerul are grijă de asigurarea medicilor cu instrumentar steril, materiale de pansament, forme medicamentoase etc. Răniţilor şi bolnavilor li se acordă în primul rând măsurile de urgenţă ale primului ajutor medical (hemostaza, combaterea asfixiei, măsurile anti-şoc etc.). Medicul stomatolog acordă ajutorul medical răniţilor în regiunea oro-maxilo-facială, iar în lipsa acestora – acordă primul ajutor medical şi altor categorii de răniţi şi bolnavi. Răniţii şi bolnavii de gravitate medie şi uşoară vor primi ajutorul medical în al doilea rând. În mai multe cazuri în sala de pansament ajutorul medical se acordă fără a scoate pansamentul de pe plagă. După acordarea primului ajutor medical în volumul stabilit şi după completarea documentelor de evidenţă răniţii şi bolnavii sunt trimişi la cortul (terenul) de evacuare pentru pregătirea lor spre evacuarea ulterioară. Direcţia evacuării, mijlocul de transport, poziţia rănitului şi ordinea de evacuare (în ce rând) se stabileşte de către medicul care a acordat ajutorul medical şi se indică prin mărci de triaj, care se vor scoate de pe echipamentul lezaţilor doar când ei vor fi îmbarcaţi în mijloacele de transport pentru evacuarea ulterioară.

Pregătirea răniților și bolnavilor spre evacuarea ulterioară se efectuează în cortul (terenul) de evacuare de către un felcer. Aici ei primesc hrană, ajutorul medicamentos pentru a suporta evacuarea la etapa următoare de tratament și evacuare, îngrijiri medicale, se odihnesc în așteptarea evacuării medicale. Toți lezații sunt înregistrați în registrul de evidență a răniților și bolnavilor și repartizați în grupuri după ordinea de evacuare în conformitate cu indicațiile medicului prin mărcile de triaj. Bolnavii infecțioși vor fi temporar izolați în izolator. Izolatorul e destinat pentru două infecții (maladii infecțioase ale sistemului respirator și infecțiile intestinale). La necesitate felcerul (medicul) intră în izolator, își scoate halatul, îmbracă halatul de schimb din izolator, boneta, masca de tifon și vată, mănușile de cauciuc, examinează bolnavul, acordă îngrijirile medicale necesare și supraveghere medicală periodică bolnavilor. Înainte de a părăsi izolatorul medicul (felcerul) scoate boneta, halatul, masca, mănușile, se spală pe mâini cu soluție dezinfectantă din lavoarul izolatorului și îmbracă halatul său. Fiecare bolnav în izolator primește hrana și ceaiul, folosind strict doar vesela numerotată, numărul căreia corespunde cu numărul locului ocupat. Toate eliminările (secrețiile) bolnavilor se supun dezinfecției, în unele cazuri – și lenjeria de corp, și echipamentul.

Din izolator bolnavii infecțioși se evacuează cu mijloace de transport separate la etapa de tratament și evacuare ulterioară, de regulă, la spitalul boli infecțioase, după ce izolatorul se supune dezinfecției totale.

Farmacia este destinată pentru primirea, evidența, păstrarea și emiterea materialelor medicale. Materialele medicale se primesc în forme oficiale, de aceea în farmacia punctului medical al brigăzii, de regulă, formele medicamentoase nu se prepară. Emiterea materialelor medicale se face la cererea șefilor subunităților medicale ale brigăzii în conformitate cu decizia șefului serviciului medical al brigăzii (comandantului companiei medicale a brigăzii).

Șeful farmaciei efectuează evidența strictă și darea de seamă cu privire la dinamica materialelor medicale. Materialele medicale, destinate unei brigăzi de infanterie motorizată pentru timp de campanie, conform Normelor de aprovizionare aprobate de Ministerul Apărării al R.M., facilitează acordarea primului ajutor medical în volum deplin la 500 de răniți și bolnavi, sau la 350 – în volum redus.

Ținând cont de numărul de medici (trei), care sunt antrenați în acordarea primului ajutor medical, de experiența asigurării medicale în războaiele și conflictele militare, dar și de datele științifice, s-a conchis că posibilitățile punctului medical al brigăzii de a acorda primul ajutor medical într-o zi de luptă sunt: în volum deplin – 144, în volum redus – 108 răniți și bolnavi. Cu forțe proprii se acordă primul ajutor medical la 60–72 de lezați prin substanțe toxice de luptă în primele două ore după sosirea acestora. Datele numite se utilizează în planificarea asigurării medicale a brigăzii pentru o zi de luptă.

Capitolul IX.
CONDUCEREA SERVICIULUI MEDICAL

GENERALITĂȚI

Noțiunea de conducere în domeniul militar cuprinde toată activitatea comandanților, statelor majore, șefilor serviciilor orientată spre menținerea înaltei stări de pregătire de luptă a efectivelor și serviciilor, pregătirea lor în vederea îndeplinirii misiunilor și dirijarea în timpul îndeplinirii misiunilor de luptă.

Este necesar de a menționa faptul că în perioada când armatele numeric erau mici, iar desfășurarea luptei era efectuată pe spații relativ restrânse, comandanții de toate gradele și căpeteniile oștirilor exercitau nu numai conducerea trupelor, ci erau și participanți direcți la luptă.

Odată cu apariția armatelor permanente și de masă, sporirea amploarei acțiunilor de luptă (în timp și spațiu), funcția de conducere se separă de cea de luptător, începând cu treptele superioare, și devine nu numai principală, ci și unica atribuție a cadrelor de conducere.

Activitatea comandanților, statelor majore (șefilor) privind conducerea trupelor, serviciilor va depinde în fiecare caz concret de cadrul structural în care se desfășoară, de gradul de înzestrare cu mijloace de conducere, precum și de ansamblul condițiilor care o determină (caracterul misiunii, timpul avut la dispoziție, gruparea de forțe și mijloace, gradul de pregătire etc.).

Legile specifice ale conducerii militare sunt:

- legea dependenței formelor și metodelor de conducere de structura forțelor armate, bazei tehnico-materiale și condițiilor în care se desfășoară activitatea de conducere;
- legea unității bazelor organizațional-metodologice la toate treptele conducerii;
- legea păstrării (menținerii) proporționalității și corelativității tuturor elementelor sistemului de conducere;
- legea compatibilității mijloacelor tehnice și sistemelor de conducere a trupelor subordonate și interacționate;
- legea unității criteriilor de eficiență utilizate în procesul de conducere;
- legea corespunderii necesităților în timp și dispunerea de el pentru soluționarea misiunilor de conducere;
- legea dependenței eficacității de soluționare a misiunilor de conducere de volumul informației utilizate.

Principiile generale ale activității de conducere sunt:

- unitatea de comandă, ce constă în conducerea unică de către comandant (șef serviciu) a trupelor (serviciului) pe baza autorității depline și indiscutabile cu care este investit privind luarea deciziilor și asumarea responsabilității pentru aceasta;

- centralizarea conducerii, ce presupune în esență concentrarea în eșalonul superior a conducerii trupelor (serviciilor) după un plan unic în vederea realizării scopului general, totodată acordând anumită independență și inițiativa subordonaților în funcție de situația concret creată;
- operativitatea și creativitatea, gradul înalt de organizare în analiza situației și adoptarea hotărârii.

Conducerea trebuie să fie stabilă, continuă și operativă, fermă și să se realizeze în secret.

Stabilitatea conducerii constă în cunoașterea permanentă a situației reale ce s-a creat, în restabilirea urgentă a conducerii întrerupte și a mijloacelor de legătură, în colectarea oportună a datelor asupra situației, în înțelegerea corectă a misiunii puse la timp și în aducerea ei la cunoștința subordonaților.

Continuitatea și operativitatea conducerii se realizează prin:

- menținerea legăturii permanente cu subordonații și eșaloanele superioare, vecinii și cu comandanții (șefii) cu care se cooperează; îndeplinirea la timp a tuturor măsurilor legate de conducerea subunităților (serviciilor) în timpul pregătirii luptei și în timpul ei; cunoașterea permanentă a situației și schimbarea ei; aptitudinea tuturor comandanților și șefilor de servicii de a lucra cu mijloacele de transmisiuni, de a organiza convorbiri scurte și de a folosi documentele formalizate.

Fermitatea conducerii este exprimată de consecvența, perseverența, curajul și responsabilitatea ce conduc la îndeplinirea hotărârilor luate pentru executarea întocmai și la timp a misiunii.

Secretul de conducere se realizează prin respectarea regulilor de desfășurare a convorbirilor prin mijloacele de transmisiuni, prin dispunerea mascată a punctelor de comandă, transmiterea ordinelor la subordonați, în părțile ce-l privesc, cu harta codificată și cu tabele de indicative și semnale.

SARCINILE ȘEFULUI SERVICIULUI MEDICAL ÎN CONDUCEREA SERVICIULUI

Asigurarea medicală a trupelor în campanie este o activitate vastă și complexă, care impune ca întreg personalul medico-sanitar să cunoască detaliat atribuțiile și să le îndeplinească întocmai și la timp.

Șeful serviciului medical, pentru a conduce în bune condiții forțele și mijloacele pe care le are la dispoziție, trebuie să dea dovadă de spirit organizatoric, să planifice judicios măsurile de asigurare medicală și să fie perseverent și hotărât în aplicarea lor.

Încrederea acordată șefilor serviciului medical și dreptul de a conduce forțele și mijloacele serviciului medical îi obligă să posede o bună pregătire militară de

bază, pentru a putea înțelege situația tactică, să cunoască foarte bine bazele organizatorice și tactice ale serviciului medical, pentru a fi în măsură să folosească oportun și corect formațiunile medicale, mijloacele serviciului medical și personalul subordonat, în condițiile variate ale situației de luptă și să fie documentați în toate domeniile medicinei militare.

Conducerea serviciului medical cuprinde totalitatea măsurilor de utilizare a forțelor și mijloacelor serviciului medical în scopul îndeplinirii precise și la timp a sarcinilor asigurării medicale a trupelor în orice situație de luptă.

Pentru a îndeplini cerințele unei bune conduceri, șeful serviciului medical trebuie să folosească metodele moderne de analiză și decizie, bazate pe direcțiile esențiale ale științei conducerii:

- cunoașterea profundă și temeinică a situației și claritatea obiectivelor urmărite;
- organizarea corespunzătoare, care ar asigura funcționarea ireproșabilă a tuturor formațiunilor și verigilor serviciului medical;
- cunoașterea temeinică a forțelor și mijloacelor serviciului medical;
- repartizarea judicioasă a forțelor și mijloacelor serviciului medical și precizarea clară a îndatoririlor și răspunderilor pe care le au;
- controlul sistematic și evidența activităților;
- unitatea de gândire și acțiune la nivelul tuturor verigilor serviciului medical;
- cunoașterea permanentă a dificultăților ce pot surveni și luarea măsurilor corespunzătoare pentru soluționarea lor;
- legătura strânsă cu statul major, personalul subordonat și șeful serviciului medical de la eșalonul superior, precum și cu șefii de servicii și arma cu care colaborează.

Realizarea acestor cerințe va asigura luarea unor decizii juste de către șeful serviciului medical în asigurarea medicală a trupelor și realizarea în cele mai bune condiții a manevrei cu forțele și mijloacele de care dispune, în raport cu necesitățile și modificările care survin în timpul acțiunilor de luptă.

Întreaga activitate de conducere a serviciului medical este îndreptată spre elaborarea planului asigurării medicale (modul concret de folosire a forțelor și mijloacelor serviciului medical) și executarea prevederilor din acest plan, în raport cu condițiile concrete ale situației de luptă.

Această activitate poate fi împărțită în două mari perioade, în raport cu conținutul diferitor activități pe care le execută șeful serviciului medical și cu momentele principale ale activității comandantului pentru organizarea și desfășurarea luptei, precum și cu activitatea trupelor.

Astfel, se poate deosebi o perioadă de pregătire a luptei, cuprinsă între momentul primirii misiunii de luptă și momentul începerii luptei, și o perioadă de

ducere a luptei, din momentul începerii luptei şi până la îndeplinirea misiunii de luptă.

Perioada de pregătire a luptei, după cum arată şi denumirea, cuprinde perioada în care se organizează lupta, în care se planifică întreaga activitate a unităţii pentru ducerea luptei. Planificarea luptei este însăşi hotărârea comandantului pentru lupta proiectată, iar pe linie medicală hotărârea şefului serviciului medical este cuprinsă în planul asigurării medicale.

Perioada de ducere a luptei cuprinde desfăşurarea acţiunilor de luptă conform hotărârii comandantului, iar pe linia medicală – desfăşurarea asigurării medicale, conform planului asigurării medicale elaborat de şeful serviciului medical.

Bineînţeles, planul asigurării medicale nu poate fi elaborat definitiv decât după ce se elaborează planul luptei (hotărârea comandantului), deoarece serviciul medical are sarcina de a efectua asigurarea medicală în lupta dusă în mod organizat de unitate. Dar, până la luarea hotărârii de către comandant, şeful serviciului medical trebuie să posede datele iniţiale necesare pentru elaborarea planului asigurării medicale, urmând să definitiveze acest plan în conformitate cu hotărârea comandantului.

Având în vedere multitudinea activităţilor care trebuie desfăşurate, perioada de pregătire poate fi împărţită în două etape:

- **prima etapă,** cuprinsă între momentul primirii noii misiuni (informarea prealabilă făcută de comandant) şi până la luarea hotărârii de către comandant, care are drept conţinut pregătirea datelor pentru elaborarea planului asigurării medicale;
- **a doua etapă,** cuprinsă între momentul luării hotărârii de către comandant şi momentul începerii luptei, în care se concretizează planul asigurării medicale şi se execută toate măsurile pentru desfăşurarea în bune condiţii a asigurării medicale în perioada ducerii luptei.

Ţinând seama de această consecutivitate a activităţii şefului serviciului medical, în cele ce urmează se vor prezenta conţinutul şi modul de rezolvare a diferitor acţiuni pe care trebuie să le întreprindă şeful serviciului medical pentru buna organizare şi desfăşurare a asigurării medicale a trupelor.

ACTIVITATEA ŞEFULUI SERVICIULUI MEDICAL ÎN PERIOADA DE PREGĂTIRE A LUPTEI

În perioada de pregătire a luptei şeful serviciului medical desfăşoară următoarele activităţi consecutive:

- obţine datele necesare cu privire la misiunea unităţii, la situaţia de luptă (de la comandant) şi primeşte misiunile serviciului medical (de la şeful superior al serviciului medical);

- însuşeşte misiunea serviciului medical;
- elaborează şi transmite dispoziţii preliminare subalternilor;
- calculează timpul de care dispune atât el, cât şi subordonaţii săi;
- analizează situaţia;
- pregăteşte datele cu privire la situaţia serviciului medical şi propunerile pentru organizarea asigurării medicale;
- elaborează datele privind asigurarea medicală, ce vor fi cuprinse în ordinul de luptă;
- elaborează planul asigurării medicale;
- elaborează şi transmite dispoziţiile tehnice medicale către subordonaţi;
- organizează şi controlează îndeplinirea sarcinilor ce stau în faţa serviciului medical.

Primele şase activităţi se desfăşoară în prima etapă, celelalte – în a două etapă a perioadei de pregătire.

Activitatea desfăşurată în prima etapă a perioadei de pregătire

Obţinerea datelor necesare cu privire la misiunea de luptă a unităţii, la situaţia de luptă şi a datelor pentru asigurarea medicală se realizează din următoarele surse:

- informarea făcută de comandant privind noua misiune şi situaţia de luptă din acea perioadă (orientarea tactică);
- dispoziţiile tehnice medicale ale şefului serviciului medical al eşalonului superior cu privire la organizarea asigurării medicale în lupta proiectată;
- dispoziţiile locţiitorului comandantului eşalonului superior privind organizarea asigurării materiale în lupta proiectată;
- cunoaşterea concretă a situaţiei medicale a unităţii în perioada respectivă.

Informarea (orientarea) tactică realizată de comandant cuprinde o serie de date, dintre care pe şeful serviciului medical îl interesează următoarele:

- informaţii despre inamic, despre caracterul acţiunilor de luptă pe care le duce inamicul, eventual starea sanitară a acestuia;
- situaţia trupelor proprii, misiunea unităţii, caracterul acţiunilor de luptă posibile (forma de luptă), conţinutul misiunilor de luptă ale unităţii, linia de contact, linii de despărţire, vecinii etc.;
- date privind situaţia de radiaţie şi chimică;
- informaţii cu privire la teren şi condiţiile meteorologice;
- date privind măsurile preconizate pentru lichidarea urmărilor atacului cu arme de nimicire în masă în perioada de pregătire.

Aceste date trebuie completate cu cele privind asigurarea materială din dispoziţiile pentru servicii ale eşalonului superior:

- liniile de despărţire a fâşiei de servicii;

- dispunerea formaţiunilor de servicii ale eşalonului superior;
- drumurile de aprovizionare şi evacuare;
- ordinea şi ritmul aprovizionării cu mijloace materiale.

Din dispoziţiile tehnice medicale ale şefului serviciului medical al eşalonului superior trebuie obţinute următoarele date:

- dispunerea formaţiunilor medicale ale eşalonului superior şi activitatea lor pe timpul ducerii luptei;
- forţele şi mijloacele de întărire ataşate serviciului medical de către eşalonul superior;
- modalitatea evacuării răniţilor şi bolnavilor de către eşalonul superior;
- volumul ajutorului medical stabilit pentru etapa medicală respectivă;
- organizarea colaborării cu diferite verigi ale serviciului medical;
- măsuri sanitare igienice şi antiepidemice speciale în raport cu starea sanitară;
- măsuri de protecţie medicală a trupelor împotriva armelor de nimicire în masă;
- măsuri privind aprovizionarea cu materiale sanitaro-farmaceutice;
- organizarea legăturilor şi modul de transmitere a rapoartelor şi sintezelor.

Cunoaşterea corectă a situaţiei medicale a unităţii este o sarcină permanentă a şefului serviciului medical şi se realizează prin studierea rapoartelor verbale sau scrise ale subordonaţilor nemijlociţi (şefii de formaţiuni) şi direcţi (şefii serviciilor medicale ale eşalonului subordonat), precum şi prin controlul efectuat de şeful serviciului medical la nivelul formaţiunilor subordonate.

Este de la sine înţeles faptul că şeful serviciului medical, răspunzând de starea sanitară a unităţii, trebuie să cunoască în permanenţă situaţia concretă, adică:

- starea sanitară a efectivului şi a teritoriului în care este dispusă unitatea;
- direcţiile loviturilor principale sau direcţiile principale de interzis itinerarele de deplasare (în cazul marşului) etc.;
- misiunile de luptă ale trupelor şi adâncimea lor;
- posibilităţile utilizării armelor de nimicire în masă.

Însuşindu-şi misiunea, şeful serviciului medical stabileşte sarcinile serviciului medical în perioada de pregătire şi de ducere a luptei, dând şi dispoziţiile necesare pentru pregătirea serviciului medical (dispoziţii preliminare).

Concomitent cu obţinerea datelor şi însuşirea misiunii, şeful serviciului medical îşi completează harta de lucru cu datele necesare.

Dispoziţiile preliminare au caracter general pregătitor şi constituie un mijloc eficient de pregătire la timp a serviciului medical. Aceste dispoziţii pot cuprinde date privind:

- asigurarea medicală a trupelor pe timpul regrupării forţelor;
- evacuarea răniţilor şi bolnavilor existenţi la formaţiunile medicale;

- pregătirea, deplasarea şi dispunerea formaţiunilor medicale în raport cu regruparea forţelor;
- completarea stocului de materiale sanitaro-farmaceutice;
- efectuarea măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice necesare în perioada de pregătire etc.

Menirea acestor dispoziţii este de a acorda timp suficient de lucru subordonaţilor pentru realizarea măsurilor pregătitoare.

Calculul timpului, prin care se urmăreşte să se stabilească timpul de care dispune şeful serviciului medical pentru îndeplinirea sarcinilor sale şi timpul de care dispun subordonaţii săi pentru realizarea măsurilor pregătitoare, permite să se aleagă cele mai eficiente metode de lucru în perioada de pregătire.

Calculul timpului începe cu stabilitatea timpului total: din momentul orientării tactice şi a însuşirii misiunii până la termenul când serviciul medical trebuie să fie pregătit pentru asigurarea medicală („gata de luptă"), timp care reprezintă întreaga perioadă de pregătire. Apoi se stabileşte timpul necesar pentru realizarea măsurilor pregătitoare, în parte, de către formaţiunile subordonate.

La sfârşit, şeful serviciului medical calculează timpul de care dispune, stabilind durata desfăşurării diferitor activităţi, ţinând seama de termenele stabilite pe linie de comandă (ora prezentării datelor şi propunerilor pentru documentarea comandantului, ora luării deciziei, ora prezentării datelor privind asigurarea medicală pentru ordinul de luptă etc.).

În calculul timpului de care dispune şeful serviciului medical el va ţine seama şi de necesitatea de a executa controlul executării de către subordonaţi a dispoziţiilor date, precum şi de necesitatea de a asigura odihna sa şi a subordonaţilor.

De cele mai multe ori calculul timpului se face în cursul însuşirii misiunii.

Analiza situaţiei reprezintă un proces creator, bazat pe analiza şi generalizarea factorilor, care influenţează atât pozitiv, cât şi negativ activitatea serviciului medical. În cursul analizei situaţiei se realizează treptat hotărârile cu privire la organizarea asigurării medicale.

Factorii de care trebuie să se ţină seama în cadrul analizei situaţiei sunt următorii:

- forma de luptă;
- inamicul;
- trupele proprii;
- terenul şi condiţiile meteorologice;
- situaţia de radiaţie şi chimică;
- organizarea serviciilor;
- forţele şi mijloacele serviciului medical.

Studiind **forma de luptă,** şeful serviciului medical analizează:

- ce formă de luptă se adoptă;
- în ce condiţii se va desfăşura lupta (ziua, noaptea, iarna, vara, în teren muntos etc.);
- care sunt direcţiile principale de efort (direcţia loviturii principale, direcţia principală de interzis, direcţiile secundare);
- în cadrul cărei grupări de forţe va acţiona unitatea.

În urma analizei formei de luptă se pot trage concluzii privind:

- modul de ducere a acţiunilor de luptă;
- particularităţile în care se vor desfăşura acţiunile de luptă, precum şi activitatea serviciului medical;
- direcţiile pe care se vor produce pierderi sanitare numeroase şi pe care va trebui să se orienteze efortul serviciului medical;
- modul de dispunere a etapelor medicale;
- legătura funcţională dintre diverse verigi ale serviciului medical.

Studiind datele cunoscute cu privire la **inamic**, şeful serviciului medical analizează:

- compunerea forţelor şi mijloacelor de luptă ale inamicului, gruparea lor şi caracterul acţiunilor de luptă duse de inamic;
- aliniamentele (raioanele) şi masivitatea posibilă a utilizării armelor de nimicire în masă de către inamic;
- dislocarea rezervelor şi direcţiile posibile ale contraatacurilor (contraloviturilor) inamice;
- starea sanitaro-epidemiologică a trupelor inamice şi a raionului în care sunt dislocate.

În urma analizei inamicului se pot trage concluzii privind:

- capacitatea de luptă a inamicului, perioadele în care acesta va desfăşura acţiunile de luptă active şi, legat de aceasta, volumul pierderilor sanitare, şi momentul când începe fluxul în masă al răniţilor şi bolnavilor la etapele medicale;
- raioanele şi direcţiile posibile ale contraatacurilor sau contraloviturilor inamice şi deci zonele în care se vor produce pierderi sanitare, precum şi aliniamentele pe care este posibilă dispunerea etapelor medicale;
- cantitatea muniţiei nucleare pe care o poate utiliza inamicul, aliniamentele sau obiectivele vizate, eficacitatea probabilă a loviturilor nucleare;
- masivitatea probabilă a utilizării armei chimice şi eficacitatea probabilă a acesteia;
- existenţa la inamic a mijloacelor bacteriologice de atac şi măsurile profilactice necesare;

- măsurile profilactice necesare, în raport de starea epidemiologică a trupelor inamice, a teritoriului în care este dislocat inamicul.

Studiind **trupele proprii**, se analizează:

- compunerea, dispozitivul de luptă, gradul de completare, înzestrarea tehnică, felul lucrărilor genistice;
- gradul de pregătire a trupelor (experiența în luptă);
- misiunile de luptă;
- resursele în mijloace de nimicire în masă;
- starea fizică a trupelor, starea de sănătate, de nutriție şi gradul de oboseală;
- starea morală a trupelor;
- starea sanitară: morbiditatea, în special prin boli contagioase, starea sanitaro-igienică a trupelor şi a raionului în care sunt dispuse trupele proprii.

În urma analizei trupelor proprii se trag concluzii privind:

- raportul de forțe şi îndârjirea posibilă a acțiunilor de luptă, care duc la aprecierea volumului pierderilor sanitare;
- modul de organizare a asigurării medicale în raport cu dispozitivul de luptă şi măsurile de luptă ale trupelor;
- durata funcționării etapelor medicale în diferite locuri de dispunere, ținând seama de ritmul de desfăşurare a acțiunilor de luptă;
- măsurile îndreptate spre ridicarea stării fizice a trupelor;
- măsurile profilactice care trebuie luate în rândul trupelor, având în vedere posibilitatea utilizării armelor de nimicire în masă de către inamic;
- caracterizarea stării sanitaro-epidemiologice a trupelor şi raionului (satisfăcătoare, nesigură, nesatisfăcătoare sau excepțională), şi stabilirea măsurilor antiepidemice necesare pentru prevenirea pătrunderii bolilor contagioase în rândul trupelor.

Studiind terenul, se analizează:

- caracterul general al terenului: deschis, acoperit, relieful, existența localităților, surselor de apă, fortificațiilor, obstacolelor etc.;
- caracteristicile căilor de comunicație;
- existența instituțiilor medicale locale, a personalului medico-sanitar civil, a depozitelor de materiale sanitaro-farmaceutice etc.;
- starea sanitaro-epidemiologică a terenului;
- condițiile climatice şi meteorologice;
- existența zonelor contaminate cu SR, ST sau mijloace bacteriologice.

În urma analizei terenului, şeful serviciului medical poate determina următoarele:

- influența terenului asupra eficacității armamentului în general şi a armelor de nimicire în masă în particular, precum şi asupra caracterului acțiunilor de luptă (în dirijarea luptei);

- repartiţia pierderilor sanitare în raport cu diferite aliniamente, direcţii, precum şi volumul pierderilor sanitare;
- locurile (raioanele) de dispunere a etapelor medicale şi a rezervei de forţe şi mijloace;
- drumurile de evacuare a răniţilor şi bolnavilor şi itinerarele de deplasare asupra stării sănătăţii trupelor, precum şi asupra modului de folosire a forţelor şi mijloacelor serviciului medical;
- măsurile de ameliorare a stării sanitare a teritoriului;
- măsurile posibile de protecţie împotriva armelor de nimicire în masă, legate de caracteristicile terenului.

În cadrul aprecierii **situației de radiație și chimice** se analizează:
- existența zonelor de atac nuclear sau chimic;
- existența zonelor contaminate;
- obiectivele posibile de atac nuclear sau chimic inamic;
- direcţia vântului dominant;
- doza de iradiere primită de trupe;

În urma analizei situaţiei de radiaţie şi chimice se trag concluzii privind:
- dimensiunile zonelor contaminate cu SR şi ST şi influenţa lor asupra stării de sănătate a trupelor;
- unităţile sau subunităţile ce se pot afla în zonele contaminate şi măsurile de protecţie medicală necesare;
- măsurile de tratament şi profilaxie ce trebuie luate în raport cu doza de iradiere primită de militari.

Din analiza acestor factori, principala concluzie care se desprinde se referă la îndârjirea luptei şi, de aici, la volumul pierderilor sanitare probabile şi la aliniamentele (raioanele, direcţiile) pe care se vor produce numeroase pierderi sanitare. O altă concluzie importantă, care se desprinde încă din analiza acestor factori, este cea cu privire la organizarea asigurării medicale (dispunerea forţelor şi mijloacelor serviciului medical şi organizarea evacuărilor). De asemenea, se mai trag concluzii privind măsurile necesare de protecţie împotriva armelor de nimicire în masă, măsurile antiepidemice etc. Analiza următorilor factori va conduce la concretizarea organizării asigurării medicale şi la precizarea altor măsuri ce trebuie luate în vederea asigurării medicale a trupelor.

Studiind organizarea serviciilor, se analizează:
- organizarea serviciilor şi în special a transporturilor;
- drumurile de aprovizionare şi evacuare, starea lor şi ritmul de refacere a acestora;
- felul mijloacelor de transport folosite şi urgenţa transporturilor stabilită.

În urma analizei serviciilor se pot trage concluzii privind:
- posibilitatea folosirii mijloacelor de transport goale pentru evacuarea răniților și bolnavilor;
- necesitatea dispunerii etapelor medicale în concordanță cu orientarea drumurilor de aprovizionare și evacuare, precum și cu modul de organizare a transporturilor;
- posibilitatea deplasării și manevrei formațiunilor medicale și a mijloacelor de evacuare împreună cu alte mijloace ale serviciilor, în scopul asigurării pazei și apărării formațiunilor medicale.

Analiza forțelor și mijloacelor serviciului medical se face ținând seama de concluziile ce urmează din analiza celorlalți factori și având în vedere următoarele:
- încadrarea formațiunilor medicale și înzestrarea lor cu mijloacele de evacuare și materiale sanitaro-farmaceutice;
- calificarea și experiența personalului medico-sanitar;
- starea mijloacelor de evacuare;
- concordanța dintre dispunerea formațiunilor medicale și situația, și măsurile de luptă;
- gradul de aglomerare cu răniți și bolnavi a etapelor medicale;
- modalitatea evacuărilor în situația respectivă;
- posibilitatea folosirii mijloacelor de întărire și a resurselor locale.

Analizând aceste date, șeful serviciului medical trage concluzii cu privire la:
- gradul de asigurare cu forțe și mijloace, starea acestora și, reieșind din aceasta, necesarul în mijloace de întărire și măsurile ce trebuie luate în acest scop;
- măsurile necesare pentru repararea sau înlocuirea unor mijloace de evacuare;
- măsurile pentru aprovizionarea cu materiale sanitaro-farmaceutice;
- măsurile de evacuare a răniților și bolnavilor de la formațiunile medicale;
- măsurile necesare pentru deplasarea formațiunilor medicale și pentru dispunerea lor în concordanță cu misiunea de luptă;
- necesitatea creării rezervei de forțe și mijloace.

În cursul analizei forțelor și mijloacelor serviciului medical, șeful serviciului medical face calculele necesare, pornind de la volumul probabil al pierderilor sanitare, pentru a stabili:
- necesarul în personalul medico-sanitar;
- necesarul în mijloace de evacuare;
- necesarul în materiale sanitaro-farmaceutice;
- necesarul în antibiotice, sânge și substituenți sangvini.

De asemenea, șeful serviciului medical va scoate în evidență problemele în care trebuie să colaboreze cu alți șefi de servicii și de arme privind:
- amenajarea genistică a etapelor medicale și a căilor de acces;
- modalitatea realizării protecției împotriva armelor de nimicire în masă;

- asigurarea cu mijloace de transmisiuni;
- organizarea evacuărilor cu mijloace de transport goale care au intrare înspre front;
- aprovizionarea formaţiunilor medicale cu alimente, echipament, carburanţi şi lubrifianţi, piese de schimb auto etc.

În cazul dispunerii de timp şi de condiţii necesare, în cursul analizei situaţiei se face şi recunoaşterea sanitară, fie personal de către şeful serviciului medical, fie prin grupe de recunoaştere organizate de acesta. Când situaţia nu permite efectuarea recunoaşterii sanitare (timp insuficient, distanţă mare până la raionul de dispunere sau de acţiune), şeful serviciului medical studiază harta („recunoaştere pe hartă"), analizând terenul şi stabilind locurile de dispunere a formaţiunilor medicale, urmând ca în a doua etapă, dacă este timp, să se facă recunoaşterea sanitară. Dacă nici în această etapă nu există timp, alegerea concretă a locului de dispunere a formaţiunilor medicale se va face la ajungerea lor în locul stabilit după hartă, efectuându-se în teren precizările necesare.

La sfârşit, şeful serviciului medical însumează datele obţinute şi formulează concluziile finale, care vor sta la baza organizării asigurării medicale şi vor fi prezentate succint sub formă de „datele cu privire la situaţia serviciului medical şi propunerile pentru organizarea asigurării medicale" sau pe scurt sub formă de „raport pentru documentare" al comandantului.

Pregătirea datelor cu privire la situaţia serviciului medical şi a propunerilor pentru organizarea asigurării medicale (raport pentru documentare)

Încă în procesul analizei situaţiei şeful serviciului medical trebuie să fie în măsură să raporteze comandantului situaţia medicală, concluziile referitoare la analiza situaţiei şi propunerile sale cu privire la organizarea asigurării medicale.

După formularea concluziilor finale, şeful serviciului medical este în măsură să raporteze toate propunerile sale. Acest raport, prezentat verbal comandantului la ora stabilită pentru documentarea sa, se concretizează pe harta şefului serviciului medical sub formă de tabel şi text şi poate fi denumit „raport pentru documentarea comandantului". El cuprinde următoarele date:

- pierderile sanitare probabile;
- aglomerarea formaţiunilor medicale cu răniţi şi bolnavi şi măsurile pentru evacuarea lor;
- personalul existent şi necesarul de personal medico-sanitar şi formaţiuni medicale;
- mijloacele de evacuare existente şi necesarul de astfel de mijloace;
- gradul asigurării cu materiale sanitaro-farmaceutice şi necesarul în materiale;
- măsurile sanitaro-igienice şi antiepidemice necesare;

- propuneri pentru asigurarea medicală: locurile sau raioanele de dispunere a etapelor medicale şi formaţiunilor medicale, ordinea deplasării şi instalării lor în cursul luptei, compunerea, dispunerea şi modul de folosire a rezervei, mijloacele de întărire afectate eşalonului subordonat, modalitatea evacuărilor, măsurile de intervenţie a serviciului medical în raioanele lovite cu arme de nimicire în masă etc.;
- ajutorul necesar din partea celorlalţi şefi de servicii şi din partea şefului serviciului medical al eşalonului superior (cereri).

În unele cazuri, în raport cu eşalonul la care se lucrează sau după indicaţiile comandantului, raportul poate reflecta numai anumite probleme, şi nu toate cele prevăzute mai sus.

Paralel cu pregătirea datelor pentru acest raport şeful serviciului medical pregăteşte şi datele care vor fi introduse în ordinul de luptă la capitolul „asigurarea medicală", precum şi datele necesare pentru elaborarea planului asigurării medicale, date care vor fi definitivate imediat după luarea hotărârii de către comandant.

Activităţile desfăşurate de şeful serviciului medical în a doua etapă a perioadei de pregătire

După ce comandantul a luat hotărârea cu privire la lupta proiectată şi o aduce la cunoştinţa subordonaţilor, deci şi a şefului serviciului medical, începe a doua etapă a activităţii din perioada de pregătire a luptei, etapa de concretizare a planului asigurării medicale, conform datelor stabilite de comandant.

Elaborarea datelor privind asigurarea medicală pentru ordinul de luptă

Pe baza hotărârii comandantului, şeful serviciului medical prezintă datele cu privire la organizarea asigurării medicale, care vor fi incluse în ordinul de luptă. Aceste date sunt:

- locul (raionul) de dispunere a etapei medicale a eşalonului respectiv şi a celorlalte formaţiuni medicale;
- capacitatea de spitalizare a bazei de spitalizare (la front);
- manevra formaţiunilor medicale în cursul luptei;
- modalitatea evacuărilor medicale;
- repartizarea forţelor şi mijloacelor serviciului medical (inclusiv forţele şi mijloacele date ca întărire eşalonului subordonat);
- compunerea rezervei pe linia antiepidemică;
- măsurile de protecţie medicală împotriva armelor de nimicire în masă;
- ordinea aprovizionării cu materiale sanitaro-farmaceutice.

Elaborarea planului asigurării medicale

Planul asigurării medicale stă la baza conducerii serviciului medical şi trebuie să reflecte toate problemele importante ale organizării asigurării medicale a trupelor în lupta proiectată.

Planul asigurării medicale se întocmeşte, de regulă, pe hartă, trecându-se datele necesare sub forma de semne convenţionale, tabele şi texte, în raport cu modul în care pot fi trecute.

La unităţile tactice, planul se întocmeşte, de regulă, pentru o zi de luptă, iar la eşaloanele operative – pentru o etapă sau pentru întreaga operaţie, se semnează de către şeful serviciului medical şi se aprobă de către comandant.

Prin semne convenţionale se trec următoarele date pe harta şefului serviciului medical:

- linia frontului şi liniile de despărţire;
- punctele de comandă ale eşalonului respectiv, ale celui superior şi celui subordonat;
- raionul (locul) de dispunere a formaţiunilor medicale proprii, eşalonului superior şi a eşalonului subordonat;
- drumurile de aprovizionare şi evacuare;
- raioanele interzise a fi ocupate;
- denumirea subunităţilor, unităţilor şi marilor unităţi.

Planul asigurării medicale trebuie să reflecte următoarele probleme principale:

- pierderile sanitare probabile şi repartiţia lor pe unităţi (subunităţi), pe etape de luptă (misiuni) sau aliniamente;
- organizarea măsurilor de tratament şi evacuare;
- organizarea asigurării antiepidemice;
- organizarea protecţiei medicale împotriva armelor de nimicire în masă;
- organizarea aprovizionării cu materiale sanitaro-farmaceutice;
- organizarea conducerii serviciului medical.

Pierderile sanitare probabile se pot prezenta sub formă de tabel, cu prevederile defalcate pe unităţi sau subunităţi, pe categorii de arme, pe misiuni de luptă, uneori chiar pe diferite aliniamente sau pe eşaloane.

La eşaloanele tactice, pierderile sanitare probabile se calculează pentru o zi de luptă (la divizie, uneori pe două–trei zile), iar la cele operative pentru o operaţie, defalcându-se pe etape şi pe zile.

Organizarea măsurilor de tratament şi evacuare

Acest capitol cuprinde următoarele probleme:

- asigurarea cu forţe şi mijloace ale serviciului medical;
- volumul ajutorului medical;
- dispunerea formaţiunilor medicale;
- organizarea evacuărilor;
- repartizarea forţelor şi mijloacelor serviciului medical;
- rezerva, compunerea ei, dislocarea şi modul de folosire;
- manevra forţelor şi mijloacelor serviciului medical în cursul luptei.

În timpul elaborării acestui capitol se fac calculele necesare, raportate la volumul pierderilor sanitare probabile, şi anume:

- calculul necesarului în mijloace de evacuare;
- calculul necesarului în personalul sanitar pentru scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă;
- calculul necesarului în echipe de medici pentru acordarea asistenţei medicale respective;
- calculul necesarului în antibiotice, sânge şi substituenţi ai sângelui, oxigen.

Calculul necesarului în mijloace de evacuare (specializate şi nespecializate) la eşaloanele tactice se face numai pentru răniţii prin armele clasice, deoarece în cazul atacului cu arme de nimicire în masă se folosesc mijloacele de transport ale detaşamentelor de salvare-evacuare, precum şi mijloacele de evacuare ale eşalonului superior (operative).

Datele de bază pentru calcul sunt:

- pierderile sanitare prin arme de foc clasice;
- capacitatea mijloacelor de transport existente;
- proporţia de răniţi şi bolnavi ce se evacuează cu mijloacele de transport specializate şi nespecializate;
- lungimea medie a unei curse;
- raza de acţiune a mijloacelor de transport într-o zi de luptă.

Calculul se face după următoarele formule:

$$(1)\ N_{ansan} = \frac{PS \times L \times P}{C \times R \times 100}$$

în care: N_{ansan} - numărul autosanitarelor;

PS – volumul pierderilor sanitare prin arma obişnuită;

L – lungimea medie a cursei calculată după formula:

$$lg.minimă + lg.maximă$$

Prin cursă se înţelege drumul parcurs de o maşină de la etapa medicală respectivă la cea subordonată şi înapoi;

P – proporţia răniţilor care se evacuează cu autosanitarele (50–75%, în medie 60%);

C – capacitatea unei autosanitare;

R – raza de acţiune a autosanitarei (150–200 km) într-o zi de luptă.

Dacă se stabileşte de la început numărul celor evacuaţi cu autosanitarele, formula se simplifică, apărând astfel:

$$(2)\ N_{ansan} = \frac{PS\ x\ L}{C\ x\ R}$$

Pentru calculul necesarului în autocamioane se poate folosi următoarea formulă:

$$(3)\ N_{ansan} = \frac{PS\,x\,P}{C\,x\,100}$$

în care: N_{ansan} – numărul autocamioanelor;

PS – volumul pierderilor sanitare;

P – proporţia celor care se evacuează cu autocamioanele (25–50%, în medie 40%);

C – capacitatea unui autocamion (12 sau 15 răniţi).

Şi această formulă poate fi simplificată, dacă se introduc numai pierderile sanitare care se evacuează cu autocamioanele:

$$(4)\ N_{ansan} = \frac{PS}{C}$$

Calculul necesarului în personal sanitar pentru scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă de la locul rănirii la locurile de adunare a răniţilor (L.A.R.) se face numai pentru răniţii prin arme de foc clasice. Pentru scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă se poate folosi fie echipe de brancardieri repartizate de eşalonul superior, fie echipe de brancardieri din rândul luptătorilor puşi la dispoziţia serviciului medical, pentru anumite perioade, de către comandanţii de subunităţi. De asemenea, se ţine seama de faptul că aproximativ 40% din răniţi părăsesc singuri câmpul de luptă (se pot deplasa singuri), încât rămân să fie scoşi de pe câmpul de luptă 60% din răniţi.

În aceste condiţii se poate folosi formula:

$$(1)\ N_{echipe} = \frac{PS\ x\ P}{S\ x\ 100}$$

în care: N_{echipe} – numărul echipelor de brancardieri;

PS – volumul pierderilor sanitare;

P – procentul celor care trebuie scoşi de pe câmpul de luptă (50–70%, în medie 40%);

S – posibilităţile de scoatere ale unei echipe de brancardieri (6 sau 10 răniţi într-o zi de luptă).

Şi această formulă poate fi simplificată, dacă se face referinţă numai la răniţii care trebuie scoşi de pe câmpul de luptă, astfel:

$$(2)\ N_{echipe} = \frac{PS}{S}$$

Calculul necesarului în echipe chirurgicale

Acest calcul se face numai pentru spitalele de campanie (la divizie și la baza de specializare a frontului), datele de bază fiind următoarele:

- numărul răniților care necesită ajutor chirurgical la etapa medicală respectivă;
- numărul intervențiilor chirurgicale ce pot fi efectuate de o echipă chirurgicală într-o zi de activitate (16 ore).

Împărțind numărul răniților care necesită ajutor chirurgical la numărul intervențiilor chirurgicale efectuate de o echipă chirurgicală într-o zi de activitate și în funcție de existența echipelor, se poate determina deficitul.

Analog cu acest calcul, se poate efectua calculul necesarului în medici interniști, necesari pentru acordarea ajutorului medical intoxicaților cu substanțe toxice. Se iau în considerare: numărul intoxicaților care necesită ajutor medical și numărul celor care pot primi ajutor medical din partea unui internist, ținând seama de timpul mediu necesar pentru acordarea ajutorului medical unui intoxicat.

Calculul necesarului în antibiotice, sânge și substituenți sangvini, și de oxigen

Calculul necesarului în antibiotice se face pentru toți răniții (prin arme de foc și arme nucleare), fiecăruia revenindu-i câte o doză profilactică (doza stabilită prin dispoziții tehnice medicale). Necesarul în antibiotice pentru tratament este prevăzut în seturile cu materiale sanitaro-farmaceutice (lada cu penicilină și streptomicină).

Calculul necesarului în sânge conservat se face înmulțind numărul răniților care necesită transfuzie de sânge (2–5% din răniți la P.Md.R., 20–25% la Sp.Ln.I.D. și circa 30% la Bz.Sp.F.) cu doza prevăzută prin dispozițiile tehnice medicale (de regulă, 0,259 l pentru un rănit).

Necesarul în plasmă se calculează după aceleași principii, doza fiind, de obicei, de 0,500 l pentru rănit.

Necesarul în substituenți sangvini și soluții cristaloide se calculează după aceleași principii, cantitatea de oxigen ce se administrează fiind de 1500–2000 l pentru un rănit sau bolnav (3–4 răniți și bolnavi la o butelie de 6000 l).

Volumul ajutorului medical se stabilește de către șeful serviciului medical pentru etapa medicală a eșalonului subordonat (șeful serviciului medical al diviziei pentru P.Md.R.) în concordanță cu situația de luptă și medicală, menținându-se în dispozițiile tehnice medicale următoare:

- amploarea ajutorului medical (volum normal, redus sau lărgit);
- ce categorii de răniți sau bolnavi pot fi reținuți pentru tratament și pe ce durată;
- măsuri terapeutice și profilactice speciale.

Dispunerea formațiunilor medicale se stabilește pe baza condițiilor concrete ale luptei, a condițiilor de teren și ținând seama de misiunile de luptă ale trupelor. Dispunerea se trece pe hartă sub forma semnelor convenționale, indicându-se termenul de dispunere sau instalare (data) și ora intrării în funcțiune. Se trec formațiunile eșalonului respectiv ale celui superior și ale celui subordonat.

Organizarea evacuărilor se poate trece sub forma semnelor convenționale (drumurile de evacuare, mijloacele de evacuare, aerodromurile, terenurile de aterizare etc.). De asemenea, pentru ca modalitatea evacuărilor să poată fi reflectată clar, se trece repartizarea mijloacelor de evacuare în tabelul cu calculul pierderilor, în dreptul fiecărei unități (subunități) de la care se face evacuarea sau se pot menționa sub formă de text categoriile de mijloace de evacuare folosite de diferite sectoare de evacuare.

Repartizarea forțelor și mijloacelor serviciului medical se trece pe hartă, prin semne convenționale indicându-se forțele și mijloacele afectate pentru întărirea serviciului medical al eșalonului subordonat, forțele și mijloacele destinate să intervină în cazul atacului cu arma de nimicire în masă, repartizarea mijloacelor de evacuare pentru evacuarea răniților și bolnavilor de la eșalonul subordonat etc.

Rezerva de forțe și mijloace se reprezintă prin semne convenționale sau prin text, reflectând compunerea rezervei, locul de dispunere, direcția de deplasare pe timpul luptei, modul de folosire etc.

Manevra forțelor și mijloacelor serviciului medical se reprezintă prin semne convenționale. Dispunerea ulterioară, probabilă, se reprezintă folosind semne convenționale cu linii întrerupte sau semne convenționale obișnuite cu tente de diferite culori, indicându-se data și ora intrării în funcțiune sau a dispunerii în noul loc. Când se folosesc tente de diferite culori acestea trebuie să marcheze și diverse aliniamente sau situații tactice față de care sau în cadrul cărora se dispun formațiunile medicale respective.

Manevra forțelor și a răniților (modificarea direcției și destinației evacuărilor) se poate menționa sub formă de text sau sub forma unei note explicative la tabelul cu pierderile sanitare probabile și repartiția mijloacelor de evacuare. Textul trebuie să fie scurt și clar.

Organizarea asigurării antiepidemice

Acest capitol cuprinde așa-numitul „plan al asigurării antiepidemice", care se poate întocmi sub formă de tabel sau text.

Planul asigurării antiepidemice trebuie să cuprindă:

- sarcinile și obiectivele antiepidemice;
- forțele și mijloacele repartizate pentru activitatea antiepidemică;
- măsurile antiepidemice: deplasarea bolnavilor contagioși, modalitatea izolării și evacuării lor, măsurile de dezinfecție în focar, vaccinările etc.

De asemenea, în acest capitol trebuie să se treacă, sub formă de text, sarcinile asigurării sanitaro-igienice: controlul sanitar al hranei, aprovizionării cu apă, al dispunerii trupelor şi al asanării câmpului de luptă.

Măsurile de protecţie medicală

Măsurile de protecţie medicală împotriva armelor de nimicire în masă trebuie să reflecte următoarele date:

- modalitatea recoltării probelor de alimente, apă etc.;
- controlul tratării speciale;
- profilaxia leziunilor de iradiaţie;
- modul afectării chimice şi antibioprofilaxiei în cazul utilizării armei bacteriologice de către inamic;
- profilaxia intoxicaţiilor cu substanţe toxice;
- asigurarea cu materiale sanitaro-farmaceutice speciale a leziunilor provocate de armele de nimicire în masă;
- evidenţa şi supravegherea militarilor iradiaţi;
- modul de participare la activitatea de salvare–evacuare din raionul lovit cu arma de nimicire în masă.

Organizarea aprovizionării cu materiale sanitaro-farmaceutice

În acest capitol sunt cuprinse, sub formă de text, modalitatea aprovizionării cu materiale sanitaro-farmaceutice în cursul luptei şi modul în care se vor transporta aceste materiale la destinaţie.

Organizarea conducerii serviciului medical

Organizarea conducerii serviciului medical cuprinde:

- locul în care se află şeful serviciului medical în diferite perioade ale luptei;
- înlocuitorul şefului serviciului medical;
- legăturile (modul şi mijloacele) cu serviciul medical subordonat şi superior, cu Statul Major, cu formaţiunile medicale subordonate nemijlocit;
- modalitatea şi termenele trimiterii rapoartelor (sintezei medicale) şi conţinutul lor.

Aceste date se trec sub formă de text.

Elaborarea dispoziţiilor tehnice medicale

După elaborarea planului asigurării medicale, şeful serviciului medical trebuie să transmită subordonaţilor săi sarcinile din plan ce le revin. Aceste sarcini se transmit subordonaţilor sub forma „dispoziţiilor tehnice medicale" verbale sau scrise, în funcţie de eşalonul la care se lucrează.

Dispoziţiile tehnice medicale trebuie să conţină următoarele date:

- dispunerea etapelor medicale ale eşalonului respectiv şi ale celui superior;
- dispunerea ulterioară, în timpul luptei, a etapelor medicale şi direcţia pe care se vor deplasa (manevra forţelor şi mijloacelor);

- forțele și mijloacele de întărire ce se afectează serviciului medical al eșalonului subordonat, data, ora și locul punerii la dispoziție;
- modalitatea evacuărilor medicale: cu ce mijloace și în ce ritm, pe ce distanțe se vor face evacuările;
- volumul ajutorului medical stabilit pentru etapele medicale ale eșalonului subordonat;
- măsurile sanitaro-igienice și antiepidemice care trebuie luate în cadrul eșalonului subordonat;
- măsurile de protecție medicală, când este cazul;
- modalitatea și ordinea (urgența) aprovizionării cu materiale sanitaro-farmaceutice;
- modalitatea menținerii legăturii și a transmiterii rapoartelor (sintezei medicale).

Dispozițiile tehnice medicale, chiar dacă conțin unele date ce sunt cuprinse în capitolul „asigurarea medicală" din ordinul de luptă, nu trebuie totuși confundate cu acestea și nu se înlocuiesc.

Dispozițiile cuprinse în ordinul de luptă conțin principalele măsuri de organizare a asigurării medicale, care trebuie cunoscute de comandanții eșaloanelor subordonate. Aceștia, prin atribuțiile și cu autoritatea lor, vor sprijini astfel activitatea serviciului medical.

Dispozițiile tehnice medicale sunt adresate șefului serviciului medical al eșalonului subordonat și șefilor formațiunilor subordonate nemijlocit și conțin detalii de specialitate privind organizarea asigurării medicale, indicații care nu pot fi cuprinse în ordinul de luptă, întrucât se referă numai la serviciul medical și activitatea nemijlocită a acestuia.

În raport cu eșalonul care elaborează dispozițiile, acestea pot fi transmise subordonaților fie verbal (la batalion, regiment și uneori la divizie), fie în scris (la divizie, armată, front).

Dispozițiile tehnice medicale pot fi considerate extrase din planul asigurării medicale și trebuie întocmite astfel, încât să precizeze sarcinile fiecărei etape medicale subordonată (pentru fiecare subunitate sau unitate în parte). Nu pot fi elaborate dispoziții tehnice medicale „generale", valabile pentru toate etapele medicale subordonate, deoarece fiecare subunitate sau unitate are misiunile și particularitățile sale în desfășurarea luptei.

Trebuie subliniat faptul ca dispozițiile tehnice medicale se pot elabora și transmite după definitivarea planului asigurării medicale, când există timp suficient pentru executarea dispozițiilor transmise sau înainte de definitivarea planului, paralel cu elaborarea dispozițiilor ce intră în ordinul de luptă, urmând ca planul, echipat în etapa anterioară, să se definitiveze ulterior. Acest lucru este necesar adeseori pentru a asigura timp suficient subordonaților în vederea executării dispozițiilor date.

Controlul executării dispoziţiilor

După realizarea planului asigurării medicale şi transmiterea dispoziţiilor, şeful serviciului medical trebuie să urmărească modul în care se îndeplinesc aceste dispoziţii. Acest lucru se realizează organizat, pe baza unui plan de control în care se trec următoarele date:

- obiectivele urmărite la diferite etape medicale sau formaţiuni;
- locurile şi perioadele de timp în care se va afla în aceste locuri.

Planul dat serveşte şi pentru a şti în orice moment unde se află şeful serviciului medical, pentru a-l putea chema în caz de necesitate la punctul de comandă sau în locul unde este necesară prezenţa sa. Planul controalelor este aprobat de comandant, se aduce la cunoştinţa persoanei care ţine locul şefului serviciului medical în lipsa acestuia.

La data şi ora ordonată de comandant („gata de luptă") serviciului medical trebuie să fie pregătit pentru a-şi îndeplini sarcinile conform planului asigurării medicale, în funcţie de situaţia de luptă.

Din acest moment începe a doua perioadă de activitate – perioade de ducere a luptei.

Planul activităţii şi acţiunii

La eşalonul care organizează şi desfăşoară acţiuni de luptă timp de mai multe zile (armată, front), precum şi la formaţiunile medicale, în care activitatea medicală se desfăşoară continuu timp de mai multe zile (la spitale), se întocmeşte şi planul activităţii şi odihnei personalului.

Acest plan se întocmeşte, ţinând seama de următoarele principii:

- norma unei activităţi este de 16 ore, perioada de odihnă de 8 ore;
- în zilele cu activitate intensă va lucra majoritatea personalului, la odihnă aflându-se o mică parte din el;
- turele de lucru se vor organiza astfel, încât să se asigure atât conducerea permanentă a serviciului medical, cât şi activitatea permanentă a formaţiunilor medicale;
- trebuie să se asigure personal cu aceeaşi pregătire (calificare) care să fie înlocuit în cadrul trupelor (de exemplu, chirurgii să fie înlocuiţi de chirurgi, nu de internişti).

Totodată se stabileşte şi locul de odihnă al personalului, şi modalitatea de alarmare sau antrenare în activitate atunci când este necesar.

Planul activităţii de odihnă se aduce la cunoştinţa personalului interesat.

ACTIVITATEA ŞEFULUI SERVICIULUI MEDICAL PE TIMPUL DUCERII LUPTEI

În această perioadă şeful serviciului medical conduce activitatea de asigurare medicală conform planului asigurării medicale şi prin dispoziţii adecvate atunci când apar modificări ale situaţiei, care nu au putut fi cuprinse în plan.

Pentru a putea conduce operativ activitatea de asigurare medicală, şeful serviciului medical trebuie să cunoască în permanenţă situaţia de luptă şi medicală, să o analizeze just şi să ia decizii operative pentru folosirea forţelor şi mijloacelor serviciului medical.

Principala activitate din această perioadă o constituie manevra forţelor şi mijloacelor serviciului medical pe care le are la dispoziţie şi în special a rezervei de forţe şi mijloace.

Totodată, pentru a cunoaşte la timp situaţia medicală, modul de rezolvare a situaţiilor survenite şi nevoilor în forţe şi mijloace ale etapelor subordonate, şeful serviciului medical trebuie să ţină legătură permanentă cu subordonaţii. De asemenea, pentru a raporta situaţiile create şi a cere sprijin atunci când apare necesitatea, trebuie să ţină legătura cu şeful serviciului medical al eşalonului superior.

Pentru cunoaşterea situaţiei de luptă şi pentru solicitarea sprijinului din partea comandantului, şeful serviciului medical ţine legătura prin prezenţa sa la punctul de comandă, iar în perioadele când nu se află la punctul de comandă – prin mijloacele de legătură stabilite (telefon, radio, agenţi etc.).

În perioadele critice ale activităţii de asigurare medicală, şeful serviciului medical trebuie să se afle acolo unde situaţia medicală impune, rezolvând problemele apărute prin capacitatea sa organizatorică şi drepturile sale de comandă care-i revin în calitate de şef al serviciului sanitar.

Sinteza medicală. La sfârşitul zilei de luptă, şeful serviciului medical primeşte rapoartele (sintezele medicale) de la şefii serviciilor medicale ale eşaloanelor subordonate şi de la şeful etapei medicale proprii şi întocmeşte sinteza medicală (raportul asupra activităţii medicale) pe care o înaintează şefului serviciului medical al eşalonului superior.

Sinteza medicală cuprinde următoarele date:

- dispunerea etapelor medicale subordonate şi proprie la ora întocmirii sintezei;
- situaţia evacuărilor din ziua de luptă ce cuprinde: răniţii şi bolnavii aflaţi la etapa medicală proprie şi la etapele subordonate înaintea începerii luptei (la ora ultimei sinteze transmise), răniţii şi bolnavii intraţi în cursul ultimelor 24 de ore, evacuaţi la etapa superioară respectivă (transportabili de evacuat şi netransportabili – care necesită tratament); după dispoziţiile şefului serviciului medical al eşalonului superior, în această situaţie răniţii şi bolnavii pot fi trecuţi în general (răniţi şi bolnavi) sau pe categorii (după natura leziunii, după armele folosite, după gravitate etc.);

- pierderi în personal medico-sanitar, mijloace de evacuare, în materiale sanitaro-farmaceutice;
- evenimente deosebite pe linie medicală (distrugeri de formațiuni medicale, epidemii apărute etc.);
- capturi făcute și măsurile luate (mijloace de transport și evacuare, materiale sanitaro-farmaceutice etc.);
- propuneri și cereri privind situațiile ce trebuie rezolvate în timp scurt (evacuarea răniților, solicitări de sprijin, întăriri etc.) și privitoare la organizarea asigurării medicale în perioada următoare etc.

În același timp, șeful serviciului medical raportează principalele date ale activității medicale comandantului, solicitând sprijinul necesar atunci când situația impune.

Sinteza medicală nu are numai un rol static sau de justificare a activității medicale, ci în mod deosebit are rol organizatoric și științific. În afară de faptul că arată șefului serviciului medical al eșalonului superior măsurile care trebuie luate pentru soluționarea unor probleme ce necesită rezolvare imediată, sintezele medicale dintr-o anumită perioadă de timp, studiate cu atenție, pot conduce la concluzii științifice și organizatorice deosebit de importante privind:
- studierea pierderilor sanitare dintr-o anumită luptă sau operație;
- frecvența anumitor leziuni;
- eficiența ajutorului medical la diferite etape medicale;
- eficiența măsurilor profilactice;
- capacitatea de lucru a diferitor etape medicale etc.

Recunoașterea sanitară

Definirea și obiectivele recunoașterii sanitare

În timp de pace, trupele, ca și serviciul medical, își desfășoară activitatea în cazărmi și pe terenurile de instrucție, în condiții în general cunoscute. În campanie, însă, trupele și serviciul medical acționează în raioane noi, deseori necunoscute, atât în ceea ce privește caracteristicile terenului, cât și din punctul de vedere al stării sanitare, fapt care poate avea urmări nefavorabile asupra stării de sănătate a trupelor.

Pentru a se putea lua măsurile profilactice necesare de prevenire a îmbolnăvirii militarilor și pentru a asigura buna funcționare a serviciului medical, trebuie cunoscute din timp condițiile de teren și starea sanitară a teritoriului în care urmează să se desfășoare acțiunile de luptă. Cunoscând aceste condiții, se poate asigura dispunerea judicioasă a formațiunilor medicale, se pot alege cele mai bune drumuri de evacuare și se pot lua măsurile profilactice necesare în rândul trupelor.

Datele legate de teritoriul în care se desfăşoară acţiunile de luptă şi care pot influenţa organizarea asigurării medicale a trupelor se pot obţine prin **recunoaşterea şi observarea sanitară.**

Recunoaşterea sanitară este activitatea desfăşurată de serviciul medical în scopul cunoaşterii factorilor dintr-un anumit teritoriu, care pot influenţa starea de sănătate a trupelor şi modul de organizare a serviciului medical în vederea asigurării medicale a trupelor.

După obiectivele urmărite, recunoaşterea sanitară poate fi împărţită în:

1. recunoaşterea sanitaro-tactică;
2. recunoaşterea sanitaro-epidemiologică.

Recunoaşterea sanitaro-tactică urmăreşte următoarele obiective:

- cunoaşterea condiţiilor de teren şi a posibilităţilor locale pentru alegerea celor mai favorabile locuri în vederea dispunerii formaţiunilor medicale, ţinând seama în mod deosebit de nevoile şi posibilităţile de asigurare a protecţiei formaţiunilor medicale împotriva armelor de nimicire în masă;
- cunoaşterea şi alegerea celor mai bune drumuri de evacuare a răniţilor şi bolnavilor şi stabilirea eventualelor necesităţi de amenajare a lor;
- existenţa surselor de apă, calitatea şi debitul pe care îl pot asigura pentru nevoile formaţiunilor medicale;
- existenţa instituţiilor medicale civile şi a personalului medico-sanitar, precum şi a depozitelor de materiale sanitare şi farmaceutice care ar putea fi folosite la nevoie;
- existenţa mijloacelor de evacuare specializate sau nespecializate care ar putea fi folosite pentru evacuarea răniţilor şi bolnavilor;
- existenţa întreprinderilor sau atelierelor în care se poate repara aparatura medicală.

Recunoaşterea sanitaro-epidemiologică urmăreşte obţinerea datelor privind:

- starea de sănătate a populaţiei locale (existenţa cazurilor sau focarelor de boli transmisibile, evoluţia acestora, formele clinice etc.);
- modul de viaţă şi obişnuinţele populaţiei, care pot favoriza transmiterea şi înmulţirea cazurilor de boli transmisibile;
- starea economică şi nivelul de cultură al populaţiei;
- starea igienică a teritoriului şi localităţilor: existenţa raioanelor endemice, a rezervei naturale de agenţi patogeni, existenţa epizootiilor, starea surselor de apă şi calitatea apei, existenţa aglomerărilor de reziduuri menajere etc.;
- măsurile profilactice executate în rândul populaţiei;
- existenţa instituţiilor locale antiepidemice (laboratoare, staţii de decontaminare etc.); a personalului medico-sanitar de specialitate şi a materialelor antiepidemice care ar putea fi folosite.

Aceste două forme de recunoaştere sanitară se organizează şi se desfăşoară, de regulă, concomitent; uneori, însă, când este necesar, se desfăşoară separat.

Cerințele recunoaşterii sanitare

Pentru ca recunoaşterea sanitară să dea rezultatele cele mai bune, trebuie să se îndeplinească următoarele condiții:

- să fie sigură, adică informațiile obținute să fie precise şi reale; pentru aceasta, informațiile obținute trebuie verificate;
- să se execute repede şi la timp, pentru a scoate în evidență oportun factorii ce pot influența starea de sănătate a trupelor, în vederea luării măsurilor profilactice în mod operativ;
- să fie continuă; factorii care pot influența starea de sănătate a trupelor prezintă o mare variabilitate în timp; de aceea este necesar ca factorii nocivi nou apăruți să fie descoperiți în timp util; pentru aceasta este necesară continuitatea în recunoaştere;
- să fie activă, adică, pe măsura descoperirii factorilor care influențează starea sanitară a trupelor, să se ia măsurile de combatere a lor, în limita posibilităților existente (de exemplu, izolarea bolnavilor contagioşi, executarea decontaminării în focar, decontaminarea surselor de apă, mutarea formațiunii medicale etc.).

Informațiile obținute prin recunoaşterea sanitară, în special cele care pot influența şi alte unități, trebuie transmise serviciului medical al eşalonului superior şi al unităților interesate (vecine), precum şi al unităților care vor fi dislocate ulterior în teritoriul respectiv. Aceasta conduce, pe de o parte, la prevenirea unităților cu privire la posibilitățile de influențare asupra stării de sănătate a trupelor, iar pe de altă parte reduce din timpul rezervat recunoaşterii sanitare în favoarea aplicării măsurilor profilactice.

Organizarea şi executarea recunoaşterii sanitare

Recunoaşterea sanitară se organizează de către medicul-şef şi se execută de către grupe formate din personalul medico-sanitar. Uneori se organizează de către comandantul unității, la nivelul statului major, în grupele respective incluzându-se şi personalul medico-sanitar.

Pentru obținerea datelor necesare serviciului medical se pot folosi diferite procedee şi anume:

- studierea monografiilor medico-geografice;
- obținerea informațiilor de la statul major;
- culegerea datelor de la organele locale ale puterii de stat (serviciul medical civil) şi de la populația locală;
- obținerea datelor de la prizonieri şi transfugi, şi în special de la personalul medico-sanitar inamic;

- studierea documentelor sanitare capturate de la inamic;
- cercetarea directă a raioanelor şi obiectivelor care prezintă interes.

Pentru ca recunoaşterea sanitară să se desfăşoare în cele mai bune condiţii şi să dea rezultate optime, este necesar, în primul rând, ca activitatea să fie dirijată spre explicarea problemelor care au rămas neclare, după ce au fost prelucrate datele deja cunoscute şi, în al doilea rând, forţele şi mijloacele serviciului medical să fie folosite concentrat, şi nu fragmentat.

De asemenea, datele obţinute prin recunoaşterea sanitară în timpul luptei şi al marşului trebuie exploatate în cel mai scurt timp, în caz contrar ele încetează să fie actuale şi măsurile ulterioare nu sunt eficiente.

Când organizează recunoaşterea sanitară, medicul-şef trebuie să stabilească precis obiectivele, urmările şi termenele în care trebuie executată cercetarea diferitor obiective.

Recunoaşterea sanitară se desfăşoară conform unui plan (planul recunoaşterii sanitare), care trebuie să cuprindă următoarele date:

- compunerea grupelor de recunoaştere;
- mijloacele de transport puse la dispoziţie;
- obiectivele şi sarcinile recunoaşterii sanitare;
- itinerarele de urmat;
- timpul rezervat pentru deplasarea şi staţionarea la diferite obiective;
- data şi locul raportării datelor obţinute.

Cei care execută recunoaşterea sanitară pot obţine informaţiile în modul următor:

- obţinând date de la populaţia locală;
- procurând date de la instituţiile medicale locale sau de la organele locale ale puterii de stat;
- cercetând personal obiectivele şi executând unele analize simple cu ajutorul truselor speciale.

Datele cele mai sigure se obţin prin executarea personală a recunoaşterii. Informaţiile obţinute de la populaţie sau de la organele locale ale puterii de stat trebuie confruntate pentru a stabili veridicitatea lor.

Când trupele sunt dispuse într-un raion (de concentrare, de aşteptare etc.) sau desfăşoară acţiuni de luptă pe un anumit teritoriu (în apărare, în baza de plecare la ofensivă, într-un cap de pod etc.), recunoaşterea sanitară trebuie să cuprindă întregul teritoriu pe care sunt dispuse sau acţionează trupele.

Pe timpul marşului, al urmăririi inamicului, când trupele se deplasează şi staţionează scurt timp în anumite raioane, recunoaşterea sanitară se desfăşoară în lungul căilor de comunicaţie sau al direcţiilor de deplasare a trupelor, vizând şi raioanele de staţionare (raioanele haltelor, ale odihnei de zi sau de noapte etc.).

Raportarea rezultatelor recunoașterii sanitare

În general, în urma executării recunoașterii sanitare, se raportează numai datele sigure. Totuși, când sunt sesizate unele date importante, pentru a căror analiză sau verificare executantul nu a avut mijloacele sau pregătirea necesară, acestea se trec în raport, indicându-se sursa lor, precum și măsurile ce urmează a fi luate pentru explicarea definitivă și confirmarea lor.

Când anumite date parțiale pot fi raportate înaintea termenului fixat pentru raportarea completă, se folosesc toate mijloacele posibile (agenți ocazionali, telefon, radio etc.), pentru ca aceste date, mai ales când prezintă o importanță deosebită, să ajungă în cel mai scurt timp la destinație.

Datele obținute prin recunoașterea sanitară se raportează medicului-șef, care a organizat recunoașterea prin raport scris, raport verbal sau prin schiță.

Raportul scris trebuie să fie scurt, concis și clar, dând răspunsuri concrete tuturor problemelor, indicându-se și sursele de la care s-au obținut informațiile. Raportul scris are dezavantajul că necesită timp pentru studierea sa.

Raportul verbal are aceleași caracteristici ca și cel scris, cu deosebirea că impune prezența celui care raportează în fața celui care a ordonat executarea recunoașterii. Poate conține însă unele detalii, care, uneori, nu se introduc în raportul scris. Ambele rapoarte necesită urmărirea obligatorie a hărții.

Schița este mai clară și mai operativă. Pe schiță se trec rezultatele obținute prin recunoaștere, folosind diferite semne convenționale, însoțite de legendă. Schița trebuie să aibă însemnate punctele cardinale și să fie lucrată la scară.

Observarea sanitară

Observarea sanitară constă din controlul și urmărirea permanentă a stării sanitare a trupelor, a condițiilor de viață și a tuturor activităților ce ar putea influența sănătatea efectivelor. Observarea sanitară se adresează, de asemenea, și teritoriului ca și populației civile, continuând să țină la curent datele obținute inițial prin recunoașterea sanitară epidemiologică.

Observarea sanitară se realizează prin:

- evidența și urmărirea morbidității generale la trupe și, în special, prin boli transmisibile;
- cunoașterea și urmărirea stării de sănătate psihofizică a militarilor, urmărirea modului în care ei s-au acomodat la greutățile campaniei și stabilirea cauzelor care determină eventual îmbolnăviri și scăderea rezistenței;
- controlul sanitar asupra modului în care sunt asigurate igiena hrănirii, aprovizionării cu apă a trupelor, igiena locului de dispunere (clădiri, adăposturi, tranșee) și în special modul în care se realizează îndepărtarea reziduurilor;
- controlul sanitar al îmbăierii și spălatului rufelor, al igienei echipamentului și modul de respectare a măsurilor de igienă personală;

- controlul sanitar al asanării câmpului de luptă;
- controlul aplicării măsurilor igienice şi antiepidemice ordonate în situaţii deosebite: dezinfecţii, dezinsecţii, restricţii în consumul apei și alimentelor, restricţii în ceea ce priveşte contactul cu populaţia civilă, controlul militarilor care vin și pleacă din unitate etc.

În rândul populaţiei civile, observarea sanitară urmăreşte în special apariţia cazurilor de boli transmisibile, aplicarea măsurilor de igienă alimentară şi a măsurilor antiepidemice.

Datele rezultate din observarea sanitară se raportează periodic eşalonului superior, pentru ca acesta să fie informat în permanenţă despre situaţia la trupe şi în raion şi să poată lua măsurile necesare. Unele date, cum ar fi apariţia de focare epidemice, apariţia cazurilor de boli contagioase deosebit de periculoase, deficienţe grave în starea igienică a populaţiei sau a trupelor, se raportează imediat după ce s-au produs.

Datele obţinute prin observarea sanitară, precum şi cele procurate prin recunoaşterea sanitară constituie elemente de bază pentru aprecierea stării sanitare a trupelor şi a raioanelor de dispunere sau de acţiune, fiind folosite pentru luarea celor mai corecte măsuri în vederea prevenirii îmbolnăvirii trupelor şi a îmbunătăţirii stării de sănătate a militarilor.

Capitolul X.
ASIGURAREA MEDICALĂ A SUBUNITĂȚILOR, UNITĂȚILOR ȘI MARILOR UNITĂȚI MILITARE ÎN DIFERITE ACȚIUNI DE LUPTĂ. ASIGURAREA MEDICALĂ A COMPANIEI DE INFANTERIE MOTORIZATĂ

Categorii de răniri ce pot surveni în timpul luptei

Câmpul de luptă este teritoriul pe care își duc nemijlocit lupta unitățile (subunitățile) aflate sub focul neîntrerupt al armamentului de infanterie şi artilerie inamic.

În timp de război pe câmpul de luptă pot apărea leziuni variate ca localizare şi gravitate, cele mai frecvente fiind următoarele:

- plăgi provocate de gloanțe, schije, proiectile secundare, însoțite sau nu de hemoragii venoase sau arteriale şi de fracturi osoase;
- hemoragii externe, arteriale, venoase sau capilare de diferite intensități, care însoţesc plăgile;
- hemoragii interne, ca urmare a unor plăgi perforate toraco-abdominale (pot fi însoțite și de hemoragii externe) sau ca urmare a unor contuzii craniene sau toraco-abdominale (neînsoțite de plăgi și hemoragii externe);
- fracturi deschise (însoțite de plăgi) sau închise;
- arsuri de diferite grade și întinderi provocate de flăcările expoziției proiectilelor, de substanțe incendiare, de incendii sau de emisiunea de lumină a exploziei nucleare;
- boala de iradiere de diferite grade, în special gravă şi de gravitate medie;
- intoxicaţii cu substanţe toxice de luptă sau toxine microbiene;
- leziuni combinate - diverse asocieri ale leziunilor de mai sus.

Răniţii cu plăgi, hemoragii, fracturi şi arsuri se pot afla sau nu în stare de şoc, în raport de gravitatea leziunilor. Intoxicaţii cu substanţe toxice se pot afla în stare de inconştienţă, cu tulburări respiratorii sau cu respiraţia oprită. De asemenea, răniţii şi bolnavii (intoxicaţii) pot fi contaminaţi sau nu cu substanţe radioactive, toxice sau cu mijloace biologice.

Ponderea cea mai mare o reprezintă leziunile traumatice (plăgile, hemoragiile, fracturile) şi arsurile, iar în cazul atacului nuclear - leziunile combinate.

Aproximativ 40% din răniţii de pe câmpul de luptă prezintă leziuni uşoare, aceştia fiind în stare să-şi acorde singuri primul ajutor şi să se deplaseze singuri până la locul de adunare a răniților, până la punctul sanitar de transport şi chiar până la punctul medical al batalionului. Ceilalți circa 60% sunt răniţii gravi şi de gravitate medie, care necesită acordarea primului ajutor din partea altor persoane şi scoaterea de pe câmpul de luptă.

Noţiunea de gravitate a leziunilor pe câmpul de luptă prezintă unele particularităţi. De exemplu, orice hemoragie externă arterială trebuie considerată o leziune extrem de gravă, deoarece ameninţă viaţa rănitului, în timp ce o plagă întinsă a părţilor moi fără hemoragie arterială, chiar dacă rănitul nu se poate deplasa singur, nu constituie o gravitate care să impună acordarea primului ajutor, scoaterea de pe câmpul de luptă în prima urgenţă. De asemenea, un rănit care şi-a pierdut cunoştinţa, chiar dacă nu are o leziune vizibilă importantă, este considerat rănit grav (chiar dacă prezintă numai o simplă lipotimie), deoarece pe câmpul de luptă este greu de pus diagnosticul în cazul unei hemoragii interne.

În anumite situaţii, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară acţiunile de luptă, se mai pot întâlni şi cazuri de înec (la forţarea cursurilor de apă), electrocutare (la trecerea prin baraje genistice – baraje de sârmă ghimpată conectate la reţeaua electrică), degerături (în cazul ducerii luptei pe timp de iarnă), insolaţie (vara) etc.

Toate leziunile menţionate pot ameninţa într-un fel sau altul viaţa sau capacitatea de luptă a militarilor şi de aceea necesită îngrijiri medicale de urgenţă, în primul rând protejarea faţă de infecţie şi împotriva unor complicaţii (şoc, hemoragie). De aceea măsurile de prim ajutor trebuie aplicate cât mai repede după rănire sau îmbolnăvire.

Personalul sanitar care lucrează pe câmpul de luptă

Pe câmpul de luptă (la campanie) lucrează personalul sanitar al grupei sanitare a companiei. Grupa sanitară este formată dintr-un instructor sanitar (comandantul grupei) şi 3 sanitari-puşcaşi. Comandantul grupei sanitare este subordonat nemijlocit comandantului companiei, iar pe linie de specialitate este subordonat medicului de batalion. Sanitarii sunt subordonaţi nemijlocit instructorului sanitar.

Instructorul sanitar şi sanitarii sunt echipaţi ca orice luptător (armă, lopată, mască antigaz, cască), având în plus geantă sanitară, chinga sanitarului, strânsă şi trecută după centură în faţă, şi banderolă albă cu Crucea Roşie pe braţul stâng. Geanta sanitară se poartă pe şoldul drept (pe cel stâng se găseşte masca antigaz), curelele măştii şi genţii încrucişându-se, cureaua genţii sanitare fiind deasupra. Conform convenţiilor internaţionale, banderola cu Crucea Roşie deosebeşte personalul care are sarcina de a acorda ajutor medical răniţilor de restul luptătorilor.

Activitatea grupei sanitare este organizată de instructorul sanitar, care organizează şi conduce acordarea primului ajutor şi scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă.

Sanitarii de obicei:

- sunt repartizaţi câte unul la fiecare pluton şi în subunităţile de întărire;

Modul de folosire a sanitarilor (repartizare la plutoane) este mai raţional, fiecărui sanitar revenindu-i sarcina să supravegheze un număr limitat de militari şi să acţioneze operativ pe o suprafaţă redusă de teren.

Sanitarul repartizat la pluton trebuie să se găsească lângă comandantul de pluton, de unde poate supraveghea uşor întreg efectivul plutonului. Sanitarul are următoarele îndatoriri:

- supraveghează câmpul de luptă, observând locurile unde cad răniţii sau semnele făcute de militari pentru chemarea sanitarului;
- se apropie de răniţi şi le acordă primul ajutor;
- adăposteşte răniţii în cel mai apropiat adăpost (şanţ, tranşee, groapă, pâlnie de proiectil, după o ridicătură de teren etc.) pentru a-i feri de răniri secundare;
- marchează locurile în care sunt adăpostiţi răniţii, pentru a fi găsiţi uşor de către brancardierii care îi vor transporta la locurile de adunare a răniţilor;
- îndrumă uşor răniţii, care se pot deplasa singuri spre locurile de adunare a răniţilor sau spre postul de autosanitare;
- raportează comandantului de pluton situaţia medicală (răniţii căzuţi şi măsurile ce trebuie luate), cerând permisiunea ca răniţii să părăsească câmpul de luptă;
- cheamă instructorul sanitar la cazurile pe care nu le poate rezolva singur.

Instructorul sanitar, aflat în preajma comandantului companiei, supraveghează întregul câmp de luptă al companiei şi intervine în cazurile grave, în care este necesar ajutorul său, la solicitarea răniţilor.

Geanta sanitarului conţine materiale sanitare şi farmaceutice pentru acordarea primului ajutor:

- pansamente individuale, feşe, comprese, vată;
- pansamente pentru torace şi abdomen;
- garouri din cauciuc sau din pânză pentru hemostază;
- atele din sârmă pentru imobilizarea provizorie a fracturilor;
- medicamente analgezice;
- lichid degazator pentru substanţe toxice persistente;
- seringi de autoinjectare cu antidot pentru substanţe toxice;
- dezinfectante (tinctură de iod, alcool, bromcet).

Instructorul sanitar este înzestrat cu „geanta instructorului sanitarului", care, pe lângă materialele aflate în geanta sanitarului, mai conţine:

- seringă;
- termometru;
- medicamente în fiole (analgezice, antidoturi etc.).

De asemenea, instructorul sanitar are şi o chingă pentru scos răniţii din tancuri şi tranşee, iar întreaga grupă sanitară dispune de o targă (brancardă).

Este necesar să se menţioneze că în cadrul companiei se găsesc şi materiale sanitare asupra militarilor. Astfel, fiecare militar are o trusă individuală, un pansament individual şi un pachet de decontaminare individual. Pachetul de decontaminare individual se distribuie de către subunitatea de protecţie antichimică, dar, deoarece este folosit pentru acordarea primului ajutor în intoxicaţiile şi contaminarea cu substanţe toxice, existenţa acestui pachet trebuie verificată de personalul sanitar.

CĂUTAREA RĂNIŢILOR ŞI APROPIEREA DE RĂNIŢI

Observarea câmpului de luptă

Înaintea începerii luptei instructorul sanitar stabileşte o serie de semnale pentru chemarea sanitarului la rănit, în vederea scoaterii răniţilor de pe câmpul de luptă (chemarea brancardierilor).

Aceste semnale (mişcarea într-un anumit fel a lopeţii sau căştii, ridicarea căştii pe lopată etc.) se supun aprobării comandantului companiei pentru a se alege semnale care nu se confundă cu semnalele folosite pentru conducerea acţiunilor de luptă şi se aduc la cunoştinţa tuturor militarilor din companie. Fiecare militar trebuie să cunoască aceste semnale, pentru a le putea folosi pentru sine, cât și în sprijinul răniților gravi, care nu pot semnaliza.

Sanitarii fiind repartizaţi la plutoane, fiecare dintre ei are sarcina să supravegheze un teritoriu de 150–300 m x 100–200 m, adică 1,5–6 ha, pe care luptă un număr redus de militari (25–30).

Instructorului sanitar îi revine un spaţiu mai mare de observaţie (700–1000 m x 300–500 m, adică 20–25 ha).Tocmai din acest motiv se recomandă repartizarea sanitarilor la plutoane şi stabilirea semnalelor de chemare, care se observă mai uşor decât căderea răniților.

Supraveghind câmpul de luptă, fiecare sanitar observă activitatea şi comportamentul militarilor. Observarea este mai uşoară când militarii luptă în câmp deschis (în ofensivă, în timpul contraatacurilor etc.).

În aceste condiții militarii se apropie de inamic prin salturi şi deschid focul când se culcă la pământ. Militarii pot fi răniţi fie când se ridică şi se deplasează în fugă (deci când sunt în picioare), fie când se culcă sau sunt deja culcaţi.

Militarul aflat în picioare (în mers sau fugă), când este rănit, scapă arma din mână, se opreşte o clipă şi apoi cade cu gesturi dezordonate adesea, cu totul diferite de gesturile (mişcările) pe care le face când se culcă în timpul saltului şi rămâne pe loc.

Militarul rănit înainte de a se culca sau când se ridică pentru salt cade în acelaşi mod, rămânând pe locul căderii. Militarul rănit în timp ce este culcat prezintă gesturi caracteristice localizării durerii şi nu se mai ridică pentru salt.

Supraveghind lanţurile de luptători, instructorul sanitar poate observa căderea răniţilor, locul căderii şi, uneori, îşi poate da seama de gravitatea rănirii, astfel să se poată apropia repede de rănit pentru a-i acorda primul ajutor, fără să-l caute timp îndelungat. De asemenea, sanitarul trebuie să fie atent şi la semnalele care se fac.

În apărare, militarii execută tragerile din tranşee, amplasamente etc., observarea căderii răniţilor fiind mai grea. Totuşi, cunoscând locul fiecărui militar şi observând dispariţia căştii sau încetarea focului din amplasamentul respectiv, se poate trage concluzia că militarul a fost rănit. În această situaţie semnalele au un rol mai mare decât în ofensivă.

Observând căderea rănitului sau semnalul de chemare a sanitarului, acesta se deplasează la rănit, îi acordă primul ajutor, îl adăposteşte şi marchează acel loc, după care se duce la alt rănit, dacă l-a observat sau a văzut semnalul de chemare, sau se întoarce la punctul de observare (lângă comandantul de pluton), continuând observarea câmpului de luptă.

Metode de apropiere de rănit

Observând rănitul, sanitarul trebuie să se deplaseze la acesta pentru a acorda primul ajutor.

Sanitarul se poate apropia de rănit prin salturi, târâş, deplasându-se pe coate şi genunchi sau pe o parte, în ascuns, folosind la maximum proprietăţile protectoare ale terenului (reliefului). Metoda apropierii de rănit se alege în funcţie de relieful terenului, de intensitatea focului inamic, de anotimp şi de starea vremii etc. În teren contaminat cu substanţe radioactive, toxice sau cu preparate bacteriene, sanitarul va folosi mijloace individuale de protecţie. În localităţi nu se va deplasa de-a lungul străzilor, ci prin curţi, dărâmături, grădini. Iarna va folosi salopetă albă pentru mascare.

Deplasarea în salturi se execută în acelaşi mod ca şi luptătorii la atac: ridicare rapidă în picioare, alergare 10–20 de paşi până la un anumit loc ales, în funcţie de teren, culcarea la pământ şi deplasarea laterală. În timpul salturilor arma se va ţine în mâna dreaptă.

Deplasarea târâş. Culcat, lipit de pământ, cu arma în mâna dreaptă sprijinită de antebraţ, sanitarul flectează membrele superior şi inferior drepte astfel încât cotul să se atingă de genunchi şi întinde, în acelaşi timp, membrele superior şi inferior stângi cât mai mult. Sprijinindu-se cu membrul inferior drept flectat, deplasează corpul înainte, flectează membrul inferior stâng şi întinde membrul superior drept, iar în această succesiune de mişcări se realizează deplasarea târâş. Corpul trebuie ţinut cât mai aproape de sol.

Deplasarea târâş se face între anumite puncte, alese în funcţie de teren (spaţii descoperite); la aceste puncte se fac opriri scurte pentru odihnă.

Deplasarea pe o parte. Sanitarul se culcă pe partea stângă a corpului cu genunchiul stâng flectat şi adus puţin înainte, sprijinit pe antebraţul stâng şi cu călcâiul drept în sol şi susţinut de antebraţul stâng, corpul se deplasează înainte; se deplasează antebraţul stâng flectat înainte şi se reia mişcarea.

Deplasarea în coate şi genunchi. Aşa cum arată şi denumirea procedeului, sanitarul se deplasează folosind numai coatele şi genunchii. Acest procedeu se poate folosi în teren frământat. În acelaşi mod se apropie de rănit şi brancardierii, în vederea scoaterii răniţilor de pe câmpul de luptă.

Metode de căutare a răniţilor

În situaţiile când observarea câmpului de luptă nu se poate efectua cu succes (în păduri, în teren cu vegetaţie bogată, pe timp de ceaţă sau noaptea), pentru a asigura acordarea la timp a primului ajutor răniţilor, este necesar să se organizeze căutarea acestora. În funcţie de condiţii, căutarea răniţilor se poate organiza în mai multe moduri.

Greblajul sanitar

În condiţiile amintite mai sus se poate organiza „greblajul sanitar". În acest scop, cu sanitarii grupei sanitare şi militarii puşi la dispoziţie de către comandantul de companie se organizează un lanţ de militari la distanţă vizibilă unul de altul. Este bine ca sanitarii să fie intercalaţi în rândul luptătorilor din lanţul format. În urma acestui lanţ se vor deplasa echipele de brancardieri, care au sarcina să transporte răniţii găsiţi la locul de adunare a răniţilor, postul sanitar de transport organizat de punctul medical al batalionului sau chiar la acesta.

Deplasarea militarilor din lanţ se face folosind metodele de apropiere de rănit descrise, în funcţie de situaţia de luptă. Pe timp de noapte această activitate trebuie să se desfăşoare în linişte, pentru a nu atrage atenţia inamicului şi pentru a auzi gemetele răniţilor.

Se controlează tufişurile, gropile, şanţurile şi orice loc în care se pot adăposti răniţii, nelăsând nicio suprafaţă de teren necontrolată.

Când se găseşte un rănit, este chemat sanitarul din apropiere, prin comenzi date cu voce înceată, şi, totodată, este chemată cea mai apropiată echipa de brancardieri. Sanitarul acordă primul ajutor, după care brancardierii transportă rănitul. În răstimpul când se acordă primul ajutor, la semnalul făcut de sanitar, instructorul (sanitar) ori gradatul militar, care conduce activitatea de căutare a răniţilor, dă semnalul pentru oprirea lanţului de militari. După acordarea primului ajutor şi preluarea rănitului de către brancardieri, se continuă deplasarea şi căutarea răniţilor.

Lanţul de militari trebuie să străbată spaţiul ce se controlează dinspre, înapoi, spre linia frontului şi, dacă este posibil, paralel cu frontul, de la o limită la alta a dispozitivului de luptă.

Metoda patrulelor

În cadrul luptei în localități, pentru căutarea răniților se constituie grupe de 2–3 militari (patrule) din sanitari şi luptători puşi la dispoziţie de către comandantul companiei. Fiecare patrulă controlează sectorul repartizat, căutând răniții în clădirile întregi şi dărâmate, sub dărâmături, în balcoane, în subsoluri etc. Când se găseşte un rănit, sanitarul acordă primul ajutor şi este anunţat gradatul sanitar care, prin sprijinul brancardierilor (luptătorilor puşi la dispoziţie), organizează transportul răniților la punctele medicale de batalion.

În cazul forțării unui curs de apă, căutarea răniților pe ambele maluri se organizează tot prin metoda patrulelor, fiecare având repartizat un anumit teren, sector. Sarcina patrulei este de a supraveghea personal sectorul, de a acorda primul ajutor răniților care cad pe maluri sau sunt luați de cursul de apă şi de a-i adăposti în locuri special alese (locuri de adunare a răniților), de unde urmează a fi transportați la punctele medicale.

Căutarea răniților cu câinii sanitari

Căutarea răniților se poate executa şi cu ajutorul câinilor dresați special în acest scop, însoțiți de sanitari. După descoperirea rănitului câinele vine la sanitar, pe care îl conduce la rănit. După acordarea primului ajutor, sanitarul cheamă prin semnalul stabilit brancardierii, care vor transporta rănitul.

Pentru folosirea acestor metode de căutare a răniților nu se aşteaptă încetarea luptei sau perioadei de acalmie. Dată fiind necesitatea acordării în cel mai scurt timp a primului ajutor, căutarea răniților se execută în permanență, folosind metodele corespunzătoare de deplasare (de apropiere de rănit) şi de scoatere a răniților de câmpul de luptă. În situații deosebite, când datorită terenului descoperit, sanitarul nu se poate apropia de rănitul observat, la propunerea sa, comandantul de pluton (comandantul de companie, la propunerea gradatului sanitar) poate acoperi cu foc activitatea sanitarului, ordonând deschiderea focului asupra inamicului cu toate mijloacele de foc, obligând inamicul să se adăpostească şi să înceteze temporar focul.

Acordarea primului ajutor

Principala misiune a sanitarului care lucrează la cadrul plutonului este acordarea primului ajutor. După ce s-a apropiat de rănit sanitarul trebuie să-şi dea seama repede de starea rănitului şi ajutorul pe care îl necesită şi să ia, în primul rând, măsurile de importanță vitală pentru rănit sau bolnav: strângerea îmbrăcămintei aprinse, hemostaza provizorie, aplicarea măştii antigaz în teren contaminat cu substanțe radioactive, toxice sau cu mijloace biologice, administrarea antidotului în cazul intoxicației cu substanțe toxice. Apoi trece la aplicarea pansamentului necesar, imobilizarea fracturilor etc.

După aceasta, sanitarul adăposteşte rănitul într-un loc din apropiere (groapă, pâlnie de proiectil, tranşee, viroagă, râpă etc.) aflat pe o rază de circa 10–15 m de locul în care a fost găsit rănitul şi marchează acest loc. Adăpostirea nu trebuie să se facă la distanţă mare, pentru ca sanitarul să nu piardă timp cu acesta, fiind disponibil repede pentru acordarea primului ajutor altor răniţi.

Poziţia în care lucrează sanitarul, când acordă primul ajutor, depinde de locul în care se găseşte şi de intensitatea focului inamic; de cele mai multe ori sanitarul va lucra culcat, luând măsurile necesare pentru a evita rănirea sa. Dacă terenul este acoperit şi bătut de focul armamentului de infanterie inamic, sanitarul va adăposti mai întâi rănitul, după care îi va acorda primul ajutor.

Adăpostirea răniţilor

După acordarea primului ajutor, răniţii şi bolnavii care nu se pot deplasa singuri până la locul de adunare a răniţilor, la postul de autosanitare, de transport sau la punctul medical al batalionului, trebuie adăpostiţi de către sanitar pentru a fi feriţi de eventualele răniri secundare, dar, în acelaşi timp, adăpostirea să asigure găsirea rapidă a lor de către brancardierii care-i vor scoate de pe câmpul de luptă.

Deoarece sanitarul are ca misiune principală acordarea primului ajutor, pentru a fi în măsură să acorde acest prim ajutor tuturor răniţilor în cel mai scurt timp, va trebui să adăpostească răniţii în cel mai apropiat adăpost de locul rănirii (groapă, tranşee, pâlnie de proiectil, denivelare a terenului etc.), la distanţa de 5–10 m. Datorită condiţiilor de pe câmpul de luptă (foc intens inamic cu armamentul de infanterie), transportul rănitului până la adăpostire se face târâş şi se consumă mult timp, de aceea locul adăpostirii trebuie să fie foarte apropiat de locul rănirii, pentru ca sanitarul să poată fi eliberat repede pentru acordarea primului ajutor altor răniţi.

Sanitarul poate transporta rănitul până la adăpostire prin următoarele metode (anexe):

Târârea pe o parte. Sanitarul se culcă pe o parte lângă rănit, pune capul acestuia pe pieptul său, iar corpul rănitului – pe membrul inferior al său, îndoit din genunchi. Sanitarul se târăşte pe o parte, cu cotul sprijinit de pământ şi împingând cu piciorul liber, iar cu mâna liberă susţine rănitul. Arma o ţine de curea cu mâna care se sprijină de sol, cu ţeava sprijinită pe braţ.

Târârea rănitului în spate. Sanitarul aşază rănitul pe o parte (cea sănătoasă), se culcă lângă el cu spatele spre rănit şi introduce membrul inferior al său, lipit de sol, sub membrele inferioare ale rănitului; cu mâna liberă (pe care nu se sprijină) apucă rănitul de manta sau pantaloni, în dreptul feselor, iar cu mâna cealaltă apucă mâna de sens opus a rănitului (cu mâna dreaptă apucă mâna stângă a rănitului, dacă sanitarul este culcat pe dreapta, şi cu mâna stângă apucă mâna dreaptă a

rănitului, dacă sanitarul este culcat pe stânga). Cu o mişcare hotărâtă, dar nu cu brutalitate, se întoarce cu faţa în jos, culcând rănitul pe spatele său.

Sanitarul se târăşte împingând cu un picior şi folosind mâinile (ca la deplasarea târâş), până oboseşte, apoi schimbă piciorul cu care împinge. Picioarele rănitului se găsesc între picioarele sanitarului.

Târârea pe foaia de cort. Pentru a putea târî rănitul mai uşor pe foaia de cort, se leagă de un colţ al acesteia chinga aflată asupra sanitarului şi se rulează jumătatea din foaia de cort pe diagonală. Rănitul se întoarce pe partea sănătoasă, se pune pe foaia de cort cu partea rulată lângă el, apoi se lasă pe spate pe foaia de cort; partea rulată se desfăşoară, iar colţurile laterale ale foii se trec peste rănit şi se leagă.

Sanitarul se deplasează târâş, trăgând foaia de cort cu ajutorul chingii. Bineînţeles, pentru ca transportul să fie mai uşor, sanitarul se deplasează târâş, ţinând de capătul liber al chingii, iar când acesta se opreşte, trăgând de capătul chingii, târăşte rănitul pe foaia de cort până în dreptul lui, apoi se deplasează din nou întinzând chinga.

În lipsa foii de cort se poate folosi mantaua rănitului. Chinga se trece prin mânecile mantalei şi se leagă. Rănitul este culcat pe manta fiind târât ca pe foaia de cort. Rănitul nu trebuie legat pe sub axile, întrucât se pot produce noi leziuni.

Odată adăpostit rănitul, sanitarul trebuie să marcheze locul, pentru ca rănitul să fie găsit repede de brancardierii care scot răniţii de pe câmpul de luptă şi ca aceştia să fie feriţi de tehnica de luptă proprie care se deplasează în sectorul respectiv. Pentru marcarea locului rănitului se pot folosi mijloace confecţionate (steguleţe din tifon cu cruce roşie) sau mijloace improvizate: o bucată de faşă legată de un băţ, o tufă sau tulpina unui pom, lopata rănitului înfiptă în pământ pe care se pune casca rănitului etc.

Semnele trebuie să fie vizibile dinspre brancardierii care vin din urmă şi să nu fie vizibile dinspre inamic. Aceste semne nu se pun chiar lângă rănit, ci la distanţă de 1–3 metri pentru ca, dacă inamicul le observă şi le reperează, să nu lovească rănitul.

Semnele cu care se marchează locul de adăpostire a răniţilor ce nu se pot deplasa trebuie cunoscute de întregul efectiv al companiei şi chiar al batalionului.

Brancardierii care scot răniţii de pe câmpul de luptă, după ridicarea rănitului, ridică şi semnul cu care a fost marcat locul.

Scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă şi transportul acestora

După primirea primului ajutor şi adăpostirea lor, răniţii trebuie transportaţi în cel mai scurt timp la locurile unde pot ajunge mijloacele de transport ale punctului medical al batalionului. Această activitate de transport, executându-se

pe câmpul de luptă, sub focul inamicului şi fără mijloace speciale sau cu mijloace improvizate, poartă denumirea de „scoaterea răniților de pe câmpul de luptă". Răniţii sunt scoşi de pe câmpul de luptă şi transportaţi până la locurile de adunare a răniţilor, locuri ferite de focul armamentului de infanterie inamic, până la care pot ajunge mijloacele de transport, adică până la un loc în urma dispozitivului companiei până la care ajung mijloacele de transport.

Răniţii şi bolnavii se scot de pe câmpul de luptă împreună cu armamentul personal şi cu echipamentul lor.

Distanţa pe care „se scot răniţii" nu trebuie să fie mai mare de 300–500 m, deoarece scoaterea răniţilor presupune un efort mare din partea celor care o efectuează şi necesită timp foarte îndelungat.

Sanitarilor repartizaţi la plutoane nu li se poate pretinde să-şi scoată răniţii de pe câmpul de luptă. Această misiune revine personalului sanitar afectat de medicul batalionului (atunci când există forţe suficiente) dat. Mai frecvent, la cererea gradatului sanitar, comandantul de companie poate pune la dispoziţie militari, care temporar îndeplinesc atribuţiile de brancardieri. Tocmai pentru rezolvarea acestei sarcini deosebit de importante este necesară buna instruire sanitară a tuturor militarilor în domeniul acordării primului ajutor şi scoaterii răniţilor de pe câmpul de luptă.

În raport cu numărul răniţilor care trebuie scoşi de pe câmpul de luptă şi de numărul militarilor (brancardierilor) care scot răniţii, aceştia se repartizează în diferite sectoare ale câmpului de luptă şi urmăresc semnalizările sanitarilor. De asemenea, ei pot fi reţinuţi lângă gradatul sanitar care, în funcţie de semnalizările sanitarilor de la plutoane, trimite câte unul sau doi brancardieri la locul unde este adăpostit rănitul.

Apropierea brancardierilor de rănit se face, în raport de situaţia de luptă, prin unul din procedeele folosite de sanitar pentru apropierea de rănit.

Scoaterea răniţilor se poate executa de către un brancardier (sanitar sau luptător) sau de către doi brancardieri cu ajutorul chingii sau fără chingă.

Scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă de către un singur sanitar (brancardier)

Rănitul poate fi scos de pe câmpul de luptă de către un singur sanitar (brancardier, luptător) de la locul adăpostirii, sub focul inamic, prin aceleaşi procedee folosite de sanitar de adăpostirea rănitului.

De îndată ce a ieşit din raza focului inamic intens sau dacă există posibilităţi de protecţie împotriva focului inamic, brancardierul poate transporta rănitul cu ajutorul chingii sau pe braţe.

Transportul cu ajutorul chingii sanitarului se poate face prin două procedee:

Primul procedeu: rănitul este culcat pe partea sănătoasă. Chinga, pregătită sub forma unui cerc, se introduce sub rănit astfel, încât jumătate de cerc să se găsească sub fesele rănitului, iar cealaltă jumătate în dreptul omoplaților. De ambele părţi ale rănitului rămân sectoarele laterale ale cercului. Brancardierul se culcă cu spatele spre faţa rănitului, trece mâinile prin sectoarele laterale ale cercului format de chingă, fixându-se între ele cu unul din capetele chingii. Apoi se întoarce în decubit ventral şi se ridică în picioare. Astfel, rănitul este fixat în spinarea brancardierului, acesta având ambele mâini libere. Mâinile rănitului atârnă pe pieptul brancardierului, iar dacă rănitul este conştient se va ţine de gâtul sanitarului.

Acest procedeu nu poate fi folosit dacă rănitul prezintă leziuni toracice, întrucât chinga produce apăsare pe torace.

Al doilea procedeu: brancardierul aranjează chinga în forma cifrei 8. O buclă o trece sub fesele rănitului care este aşezat pe partea sănătoasă, iar cealaltă pe umerii săi, astfel încât încrucişarea să se afle pe pieptul brancardierilor. Apoi, ca şi la primul procedeu, se ridică ţinând cu o mână mâinile rănitului. Rănitul se ţine de gâtul sau centura brancardierului.

În acest fel sanitarul are o singură mână liberă, în schimb toracele rănitului nu este comprimat de chingă.

Ambele procedee nu pot fi folosite în cazul fracturilor coapsei, bazinului sau coloanei vertebrale.

Transportul rănitului fără ajutorul chingii, adică pe braţe, se poate face prin două procedee:

Primul procedeu: brancardierul aşază rănitul pe un loc mai ridicat (o denivelare, un obiect oarecare), se întoarce cu spatele spre rănit şi se lasă într-un genunchi. Rănitul îl apucă pe brancardier de după gât sau de centură. Sanitarul apucă rănitul cu mâinile de sub coapse şi se ridică.

Al doilea procedeu: sanitarul se lasă pe un genunchi, lateral faţă de rănit, trece o mână sub coapse şi, susţinându-l cu cealaltă de spinare, îl ridică în braţe. Rănitul se susţine cu mâinile de umerii brancardierului.

Transportul rănitului în braţe este anevoios, brancardierul neavând mâinile libere, de aceea aceste procedee se folosesc de durată scurtă. După 150–200 de paşi, brancardierul trebuie să se odihnească 2–3 minute.

Scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă de către doi sanitari (brancardieri, luptători).

Sub focul inamicului, când personalul destinat pentru scoaterea răniţilor este suficient, se pot repartiza 2 sanitari (brancardieri) pentru scoaterea unui rănit, efortul reducându-se. În această situaţie răniţii pot fi târâţi pe foaia de cort sau pe

manta de către doi brancardieri, care trag fiecare de câte o chingă legată de foaia de cort (manta). De asemenea, pentru a facilita târârea, pot fi folosite diferite mijloace improvizate, cum ar fi crengi mai groase pe care se așază rănitul, o scândură lată, diverse tipuri de sănii improvizate, schiuri etc., ce sunt trase de doi militari care se deplasează târâș.

De îndată ce situația permite deplasarea în picioare, brancardierii pot transporta rănitul cu sau fără ajutorul chingii.

Astfel, așezând chinga sub forma cifrei 8, un brancardier (cel din dreapta) trece o bucată pe umărul său drept, iar celălalt (din stânga) – pe umărul stâng, încât între ei se găsește încrucișarea chingii. Pe această încrucișare se așază rănitul care, fie că se susține cu o mână de gâtul fiecărui brancardier, fie că este susținut de către brancardieri cu câte o mână.

În tranșee rănitul poate fi transportat cu o targă improvizată dintr-un drug (par) și o foaie de cort. Aceasta se leagă cu capetele peste drug, iar mijloacele se susțin cu chinga trecută peste drug. Brancardierii transportă această targă improvizată ridicând capetele drugului pe umeri.

Când nu au niciun mijloc la dispoziție, brancardierii pot transporta răniții pe „scăunele" formate din 3 mâini (două ale unui brancardier și una a celuilalt, acesta rămânând cu o mână liberă pentru susținerea rănitului) sau din 4 mâini (în acest caz rănitul se ține cu mâinile de umerii brancardierilor).

De asemenea, rănitul poate fi transportat astfel: un brancardier apucă rănitul din spate pe sub axile, iar celălalt, intrând cu spatele între picioarele rănitului, îl apucă pe sub regiunile poplitee.

Alegerea procedeului depinde de regiunea lezată și de distanța de parcurs, procedeele fără chingă necesitând un efort mai mare.

Scoaterea răniților din tancuri și tranșee

Pentru scoaterea răniților din tancuri și tranșee se folosește chinga pentru scos răniții, aflată asupra fiecărui sanitar.

Chinga pentru scoaterea răniților din tancuri și tranșee reprezintă o bandă din țesătură de in sau cânepă, groasă și rezistentă, cu lățimea de 7 cm și lungimea de 3,6 m. La capete are câte o pafta metalică, la mijloc – 2 inele metalice și la 75 cm de pafta – câte un inel metalic. Într-o parte, la 1 m de una din paftale, este prevăzută cu o dublură rezistentă, care permite trecerea unuia din capetele chingii când se aranjează în forma cifrei 8. Inelele servesc pentru ajustarea chingii în raport de nevoi, prinzând paftalele la inelul dorit.

Pentru acordarea primului ajutor, rănitul trebuie scos din tanc. Pentru aceasta, sanitarul trebuie ajutat de 1–2 militari din echipajul tancului.

Conducătorul mecanic și ochitorul se scot prin trapa anterioară a tancului, iar ceilalți sunt scoși prin turelă.

Chinga se aranjează în forma cifrei 8, o buclă se trece sub coapsele rănitului, încrucişarea chingii aflându-se în dreptul abdomenului, iar celelalte bucle se trec pe sub axile în spatele rănitului. Pentru a aranja chinga pe rănit, sanitarul pătrunde în tanc.

Scoaterea rănitului se face de către 1–2 militari care, aflați în turelă, trag de bucla superioară a chingii, în timp ce sanitarul susţine şi dirijează corpul rănitului.

Scos din turelă, rănitul este susținut pe sub coapse de un militar care stă în genunchi pe turelă, iar celălalt militar, lăsând uşor chinga și susținându-l sub axilă, îl ajută să se aşeze pe targă.

Scoaterea rănitului prin trapa anterioară se face la fel.

Pentru scoaterea răniților din tranşee se procedează în acelaşi fel, deci sanitarul trebuie ajutat de cel puțin un militar, care va scoate rănitul trăgându-l de chingă, sanitarului revenindu-i sarcina de acordare a primului ajutor, de aranjare a chingii pe rănit şi de susținere şi dirijare a corpului pe timpul ridicării rănitului.

Transportul răniților cu brancarda (targa)

Brancarda sanitară standard este un mijloc special, confecționat pentru transportul răniților, intrând în nomenclatura materialelor sanitare şi farmaceutice. Este formată din doi drugi de lemn, două traverse metalice pliante, patru picioare metalice de susţinere şi pânza tărgii. Pânza tărgii are în capăt o dublură sub formă de sac, în care se pot introduce obiecte moi (îmbrăcăminte, paie etc.) pentru a forma o pernă. Lungimea tărgii este de 2,25 m, lățimea de 0,55 m, înălțimea de la sol de 0,2–0,25 m, iar greutatea - de 10–12 kg. Se pliază pe lungime. Pentru fixarea rănitului are două găici din pânză care se leagă deasupra rănitului.

Brancarda este un mijloc de transport pentru rănit, indiferent de localizarea leziunilor (cu excepţia fracturii de coloană vertebrală) şi poate fi folosită pe distanța de 500–1000 m şi chiar mai mult. Principala condiție este însă ca situația de luptă să permită deplasarea brancardierilor în picioare. Targa se poate folosi la nivelul companiei pentru transportul răniților de la locul adăpostirii la locul de adunare a răniților, la punctul de autosanitare sau chiar la punctul medical al batalionului, precum şi la transportul răniților în teritoriul formațiunilor medicale. De asemenea, targa sanitară constituie şi „patul de spital" în punctele medicale ale batalionului şi brigăzilor, precum și „patul" pe care se transportă răniții gravi şi de gravitate medie în mijloacele de evacuare. La punctele medicale targa constituie, de cele mai multe ori, însăşi „masa de pansament".

Pentru transportul rănitului cu targa sunt necesari cel puțin 2 sanitari (brancardieri), iar dacă transportul se face pe distanțe mari sunt necesari 3–4 sanitari (brancardieri).

Aşezarea rănitului pe brancardă se face astfel: cei 2 brancardieri pun targa lângă rănit în partea lezată; stând alături, în partea sănătoasă a rănitului, se lasă

pe genunchi, un brancardier introduce mâinile sub umeri şi gambe, iar celălalt introduce mâinile sub fesă şi gambe. Ridică rănitul şi-l aşază uşor pe targă. Dacă sunt 3 brancardieri, unul va susţine capul şi umerii, al doilea - bazinul, iar al treilea - picioarele, efortul fiind împărţit. Când este necesară aşezarea rapidă a rănitului (intoxicatului) pe targă, stând în picioare, un brancardier apucă rănitul de curea şi-l susţine de ceafă, celălalt îl apucă de pantaloni deasupra şi sub genunchi, ridică rănitul şi-l aşază pe targă.

Transportul rănitului cu brancarda

În echipa de brancardieri, unul din ei este brancardierul nr.1, care conduce activitatea echipei, dând comenzile necesare.

La comanda „targa", brancardierii desfac targa şi o aşază lângă rănit, în partea rănită, cu locul pernei în dreptul capului. Brancardierii stau de partea sănătoasă şi aşază rănitul pe targă, cum s-a spus mai sus. Rănitul se transportă pe targă cu capul înainte (în direcţia de mers), pentru a fi observat în permanenţă de brancardierul din urmă (nr.2).

După aşezarea rănitului pe targă la comanda „targa", brancardierul (nr.1) trece în faţa (la capul) rănitului, celălalt brancardier (nr.2) - la picioarele rănitului. La comanda „ridicaţi", ridică amândoi în acelaşi timp, lin targa. La comanda „porniţi", brancardierii pornesc, cel din faţă cu piciorul drept, cel din spate cu stângul şi se deplasează astfel, pentru ca să nu se balanseze targa.

La comanda „stai" brancardierii se opresc, iar la comanda „lăsaţi targa" coboară lin targa, punând-o la pământ. Dacă este necesar să întoarcă targa, la comanda „la stânga" (dreapta), împrejur", brancardierul din faţă se deplasează spre stânga (dreapta), iar cel din urmă se întoarce pe loc.

Pentru uşurarea transportului, brancardierii pot folosi chinga, aşezată în forma cifrei 8 sau în cerc, susţinând cu buclele mânerele tărgii, iar cu partea din mijloc - trecând-o peste umeri.

La coborârea pantelor, targa se întoarce în aşa fel ca rănitul să se găsească cu picioarele înainte, iar brancardierul din urmă coboară targa astfel ca să fie orizontală. Răniţii cu hemoragii şi leziuni ale membrelor inferioare se transportă şi la urcarea pantelor cu picioarele înainte.

Oricare ar fi relieful terenului, targa trebuie menţinută orizontal.

Răniţii cu leziuni maxilo-faciale se transportă în decubit ventral, iar răniţii cu leziuni abdominale se transportă în decubit dorsal, cu genunchii ridicaţi, sub care se pune mantaua făcută sul. Rănitul toracic se transportă cu toracele semi-ridicat, sprijinit pe mantaua făcută sul. Răniţii cu leziuni (fracturi) ale coloanei vertebrale se transportă pe un plan dur (scândură). Întrucât este greu de transportat scândura ca atare, aceasta, de dimensiunile rănitului, se aşază împreună cu rănitul pe targă.

Pe timpul deplasării, brancardierul nr.1 îl avertizează pe celălalt brancardier despre denivelările de teren și despre obstacole.

La trecerea peste diferite obstacole (garduri, rețele de sârmă, șanțuri, tranșee etc.) targa se lasă jos, brancardierii trec de o parte și de alta a tărgii, o ridică și o sprijină de obstacol (sau o lasă suspendată cu un capăt deasupra șanțului sau tranșeei), un brancardier rămâne să susțină capătul tărgii dinaintea obstacolului, celălalt trece prin obstacol și, apucând targa, o trage peste obstacol. Apoi brancardierul al doilea trece peste obstacol, apucă targa și se continuă deplasarea.

Odată cu rănitul se transportă și arma sa, și echipamentul, iar pe timp friguros rănitul trebuie acoperit cu mantaua (pătura).

Ajunși la destinație, brancardierii predau rănitul cu tot cu targa, primind în schimb o targă goală.

Viteza de deplasare a echipei de brancardieri cu targa goală este de 4–5 km/oră. După fiecare 300–500 m de deplasare cu rănitul, echipa de brancardieri se odihnește 3–5 minute, după care își schimbă locurile și continuă deplasarea. Viteza de deplasare scade în teren frământat, cu numeroase obstacole, în pantă, în cazul când brancardierii trebuie să se adăpostească împotriva focului inamic sau când folosesc mijloacele de protecție individuală antichimică (în teren contaminat) sau noaptea.

Transportul rănitului cu mijloace improvizate

În lipsa tărgii standard se pot improviza tărgi din doi drugi (două bare) de lemn sau metal, pânza tărgii fiind improvizată fie din chingă, saci, manta, pătură, fie din foaie de cort. De asemenea, mai ales în cazul transportului prin tranșee și șanțuri de comunicație, targa se poate improviza dintr-un drug, de care se suspendă pânza (foaie de cort), realizându-se un fel de hamac.

Îmbarcarea și debarcarea răniților pe mijloace de evacuare

Răniții care se transportă pe targă (grav și de gravitate medie), în special cei cu fracturi, trebuie să ajungă la formațiunile medicale unde se acordă ajutorul medical cel mai adecvat, pe targa pe care au fost așezați de la început. Transportarea de pe o targă pe alta nu aduce decât prejudicii răniților. Cei care transportă rănitul cu targa, la predarea rănitului primesc o targă goală. Numai în cazul folosirii tărgilor improvizate rănitul, la prima ocazie, se trece pe targa standard pe care n-o mai părăsește decât atunci când starea sa îi permite să se deplaseze.

De la locurile de adunare a răniților sau de la postul de autosanitare, răniții sunt evacuați cu mijloace de transport amenajate sau special construite pentru transportul răniților.

În mijloace de transport, care de regulă sunt amenajate cu tărgi suprapuse, răniții se îmbarcă astfel: răniții gravi, cu fracturi, cu traumatisme cranio-cerebrale și toraco-abdominale se îmbarcă pe tărgile de jos, restul răniților – pe tărgile de sus.

Răniții se îmbarcă în mijloacele de evacuare, introducându-se cu capul înainte; se ocupă întâi tărgile de sus, apoi cele de jos.

Pentru îmbarcare, în primul rând trebuie pregătit mijlocul de evacuare: se lasă jos oblonul din spatele autocamionului sau se deschid ușile autocamionului și se scot tărgile din interior. Îmbarcarea se efectuează de câte 2–3 sanitari (brancardieri), inclusiv șoferul. Pentru aceasta targa se lasă jos, în spatele mijlocului de transport, cu capul rănitului spre mașină. Doi brancardieri trec de o parte și de alta a tărgii, iar al treilea (sau șoferul) se urcă în mașină. Brancardierii ridică targa, sprijinind-o cu un capăt de caroseria mașinii, apoi unul trece în spatele tărgii, apucând-o, în timp ce brancardierul din mașină apucă de capătul din mașină și, ajutați de al treilea, introduc targa în interior. Se urcă și cei doi brancardieri de jos și, cu toții, fixează targa sus. Se îmbarcă apoi în același mod răniții ce vor ocupa locurile de jos.

La debarcare, activitatea se desfășoară în ordine inversă, debarcând întâi tărgile de jos, apoi pe cele de sus. La îmbarcarea și debarcarea răniților aflați pe tărgi se dau comenzi corespunzătoare mișcărilor ce trebuie executate: „coborâți", „ridicați", „împingeți" etc.

Răniții care se deplasează singuri și sunt evacuați în poziție șezândă se îmbarcă la sfârșit (după îmbarcarea răniților pe tărgi), sprijiniți de sanitari (brancardieri).

Supravegherea răniților

Activitatea personalului care acordă primul ajutor, scoate răniții de pe câmpul de luptă și-i transportă la locurile de adunare a răniților sau la postul de autosanitare, precum și a personalului sanitar care însoțește răniții pe timpul evacuării nu se rezumă numai la aceste activități. În sarcina lor intră și supravegherea răniților pe timpul acestor activități, adică al transportului, evacuării și pe timpul cât staționează în diverse locuri (la PST), la punctele medicale etc.

În acest sens, personalul sanitar trebuie să se îngrijească de realizarea condițiilor minime de confort (așezare comodă, corectă, încălzire, protejare împotriva ploii, ninsorii etc.), de ridicarea moralului răniților, încurajându-i și insuflându-le încredere în evoluția mai bună a leziunii și în vindecare; trebuie să le potolească setea (cu excepția celor cu leziuni abdominale) și să-i ajute la satisfacerea nevoilor fiziologice. Tot timpul trebuie supravegheată starea generală a rănitului sau bolnavului și corectate deranjamentele pansamentelor, imobilizărilor etc. ce survin pe timpul transportului și să acorde primul ajutor când survine nevoia. De asemenea, personalul sanitar care însoțește răniții trebuie să fie în măsură să apere rănitul în cazul unui atac inamic. Evacuarea cu mijloace auto trebuie să se facă fără porniri și frânări bruște, șoferul conducând mașina pe cele mai adecvate drumuri, pentru a nu favoriza traumatisme în plus răniților și adaptând viteza la starea drumului.

Activitatea desfăşurată de personalul de pe câmpul de luptă are o importanţă deosebită în contextul asigurării medicale a trupelor, de operativitatea şi corectitudinea cu care se desfăşoară această activitate depinzând viaţa răniţilor şi bolnavilor.

Oricât de bine ar fi organizate, înzestrate şi încadrate formaţiunile medicale, dacă activitatea de acordare a primului ajutor şi scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă nu se desfăşoară repede şi corect, aceste formaţiuni nu-şi pot desfăşura activitatea normal şi nu pot contribui în măsura necesară la recuperarea răniţilor şi bolnavilor.

Totodată, trebuie subliniat faptul că personalul sanitar care acţionează pe câmpul de luptă lucrează în aceleaşi condiţii de risc ca şi luptătorii, însăşi sănătatea şi viaţa lor fiind în pericol în orice moment.

De aceea este necesară o bună pregătire militară a personalului sanitar, pentru a fi în măsură să folosească cu pricepere terenul, în scopul protejării sale împotriva focului inamic, pentru a sesiza uşor pericolul, a proceda corect în orice situaţie.

De asemenea, ţinând seama de efortul fizic deosebit pe care îl depune personalul sanitar pe câmpul de luptă şi situaţiile deosebit de variate în care se poate afla, este necesar ca sanitarii să fie aleşi dintre militarii viguroşi, cu spirit de orientare şi cu un sistem nervos echilibrat, curajoşi, inventivi şi cu spirit de sacrificiu.

Activitatea de acordare a primului ajutor şi de scoatere a răniţilor de pe câmpul de luptă se desfăşoară continuu, în tot cursul luptei, ziua şi noaptea, sub focul inamic. Altfel nu s-ar putea asigura operativitatea necesară şi răniţii nu ar primi la timp ajutorul necesar. În aceste condiţii sanitarii, după cum rezultă din cuprinsul acestui capitol, se deplasează târâş, acordă primul ajutor stând culcaţi lângă rănit, în poziţie incomodă de lucru, supraveghind în acelaşi timp atât rănitul, cât şi câmpul de luptă şi putând să sesizeze şi să evite pericolele. În plus, pe timp de noapte, trebuie să acorde primul ajutor folosind mai mult simţul tactic şi foarte puţin văzul.

De aceea este necesar ca sanitarii să fie perfect pregătiţi în domeniul acordării primului ajutor, să aibă deprinderi practice formate corect şi trainic pentru toate manevrele pe care le implică acordarea primului ajutor, să-şi dea seama repede de natura şi locul leziunii şi să aleagă cel mai bun procedeu de adăpostire a rănitului.

Or, aceste deprinderi, mergând până la automatisme, trebuie formate încă din timp de pace printr-o riguroasă şi îndelungată pregătire atât în procesul de învăţământ (în cadrul cursurilor pe care le urmează), cât în special în cadrul unităţilor şi subunităţilor, sub îndrumarea nemijlocită a medicului. De asemenea, un rol deosebit de mare îl au brancardierii (personalul sanitar sau militarii puşi la dispoziţie de către comandanţii de subunităţi pentru a îndeplini sarcina de

brancardieri). Pentru ca fiecare militar să poată îndeplini la nevoie această sarcină, este necesară o bună pregătire a lor în domeniul dat în procesul pregătirii de luptă, în cadrul instruirii sanitare.

În sfârşit, trebuie subliniat rolul deosebit al cunoştinţelor şi deprinderilor în acordarea primului ajutor, pe care toţi militarii, indiferent de grad, trebuie să le posede pentru a-i veni în ajutor tovarăşului de luptă, contribuind astfel la prevenirea complicaţiilor şi a evoluţiei nefavorabile, favorizând vindecarea rapidă şi recuperarea răniţilor şi bolnavilor.

În concluzie, se poate spune că prima verigă a serviciului medical (grupa sanitară) are cea mai grea şi cea mai importantă misiune în procesul de asigurare medicală a trupelor şi, de aceea, acestei verigi trebuie să i se acorde cea mai mare atenţie în cadrul pregătirii de specialitate. Cu toate că noţiunile necesare sunt elementare, ele au o importanţă primordială în salvarea vieţii răniţilor şi bolnavilor.

Regulamentele militare prevăd că, în cadrul companiei, comandantul trebuie să cunoască starea sănătăţii militarilor şi să poarte răspundere pentru organizarea primului ajutor şi scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă. În ordinul de luptă, comandantul companiei indică comandanţilor de plutoane locurile de adunare a răniţilor şi locul punctului medical al batalionului.

Locul comandantului grupei sanitare este lângă comandantul companiei. De aici el poate observa bine câmpul de luptă, este în permanenţă la curent cu situaţia de luptă şi poate cere oricând sprijinul comandantului pentru rezolvarea situaţiilor care survin.

Sanitarul repartizat la pluton trebuie să se găsească lângă comandantul de pluton, de unde poate supraveghea uşor efectivul plutonului. El are următoarele îndatoriri:

- să supravegheze câmpul de luptă, observând locurile unde cad răniţii sau semnalele făcute de militari pentru chemarea sanitarului;
- să se apropie de răniţi şi să le acorde acestora primul ajutor;
- să adăpostească răniţii care nu se pot deplasa în cea mai apropiată adăpostire pentru a-i feri de răniri secundare;
- marchează locurile în care sunt adăpostiţi răniţii, pentru a fi găsiţi repede de brancardieri sau de mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului, care îi vor scoate de pe câmpul de luptă;
- să îndrume răniţii uşor, care se pot deplasa singuri spre punctul medical al batalionului;
- să cheme instructorul sanitar la cazurile pe care nu le poate rezolva singur;
- să raporteze comandantului de pluton situaţia medicală (răniţii produşi şi măsurile ce trebuie luate), cerând permisiunea ca răniţii să părăsească câmpul de luptă.

În cadrul companiei se acordă primul ajutor sub forma autoajutorului, ajutorului reciproc şi a primului ajutor acordat de sanitari şi se scot răniţii de pe câmpul de luptă. Această activitate se desfăşoară în permanenţă, în orice situaţii, anotimp sau vreme, ziua şi noaptea.

Răniţii şi bolnavii uşor, după primirea primului ajutor, continuă lupta sau, cu aprobarea comandantului de pluton, se deplasează, de regulă pe jos, la punctul medical al batalionului. Ei au obligaţia de a lua cu sine armamentul personal, masca antigaz şi echipamentul şi se deplasează grupat, sub comanda celui mai mare în grad dintre ei.

Răniţii şi bolnavii, care nu se pot deplasa singuri, după primirea primului ajutor, cu ştirea şi aprobarea comandantului de pluton, sunt transportaţi la locurile de adunare a răniţilor, de unde sunt evacuaţi la punctul medical al batalionului. Răniţii şi bolnavii sunt transportaţi cu armamentul personal şi masca antigaz.

Trebuie subliniat faptul că niciun militar, chiar rănit fiind, nu poate părăsi câmpul de luptă fără aprobarea comandantului de pluton sau companie.

Locul (punctul) de adunare a răniţilor (L.A.R. sau P.A.R.)

Locul de adunare a răniților este un loc de adăpost împotriva focului de infanterie a inamicului şi, pe cât posibil, împotriva intemperiilor (contrapantă, groapă, pâlnie de proiectil, nişă, tranşee, adăpost etc.), în care sunt grupaţi răniții şi bolnavii gravi în cadrul companiei.

Se pot stabili mai multe locuri de adunare a răniţilor, în funcţie de situaţia de luptă şi de teren. Unele locuri de adunare a răniţilor se stabilesc înainte de luptă de către comandantul grupei sanitare executate de acesta; altele se stabilesc în cursul luptei, în funcţie de necesităţi.

În locurile de adunare a răniților se grupează răniţii care nu se pot deplasa singuri, pentru a putea fi evacuaţi mai repede cu mijloacele de transport ale punctului medical al batalionului. Aceste locuri trebuie cunoscute de toţi militarii, iar pentru aceasta ele se transmit prin ordinul de luptă al comandantului companiei până la comandanţii grupei. Locurile de adunare a răniţilor se marchează cu semnele stabilite, pentru a putea fi uşor găsite de şoferii mijloacelor de evacuare care transportă răniţii la punctul medical al batalionului.

Misiunea sanitarului care activează în cadrul plutonului este de a acorda primul ajutor răniților gravi și de a-i adăposti la distanță mică (5–10 m) de locul rănirii. Acest loc se marchează de sanitar. Pentru ca acești răniți să poată fi scoşi de pe câmpul de luptă și evacuați mai repede la punctul medical al batalionului, ei sunt transportați din locurile în care au fost adăpostiți de sanitari, de către brancardieri (militari puşi la dispoziţie de către comandantul de companie) în locurile mai ferite, stabilite ca locuri de adunare a răniților. Din aceste locuri sunt evacuați la punctul medical al batalionului.

Activitatea comandantului grupei sanitare a companiei

Pentru ca activitatea grupei sanitare a companiei să se desfăşoare în bune condiţii, asigurându-se astfel acordarea la timp a primului ajutor şi scoaterea rapidă a răniţilor de pe câmpul de luptă, comandantul grupei sanitare trebuie să organizeze minuţios această activitate.

Înainte de luptă, comandantul grupei sanitare ia următoarele măsuri:

- îşi însuşeşte misiunea de luptă a companiei;
- ia cunoştinţă de locul unde se vor afla comandantul de companie şi comandanţii de plutoane (puncte de observare, puncte de comandă), de locurile până la care vin mijloacele de transport ale punctului medical al batalionului, de locurile posturilor de autosanitare şi al punctului medical al batalionului;
- cere forţe de întărire (sanitari, brancardieri, militari) pentru scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă;
- instruieşte personalul subordonat asupra modului de lucru;
- repartizează personalul sanitar la subunităţi şi stabileşte misiunile fiecăruia;
- recunoaşte raionul de acţiune, stabilind locurile de adunare a răniţilor, căile cele mai frecvente pentru scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă, pentru accesul mijloacelor de transport spre locurile de adunare a răniţilor;
- stabileşte procedeele de legătură cu personalul din subordine şi cu şoferii mijloacelor de evacuare; semnele pentru chemarea sanitarului, pentru chemarea gradatului sanitar, a brancardierilor şi mijloacelor de evacuare, semnele pentru marcarea locurilor de adăpostire a răniţilor. Semnele şi semnalele se propun comandantului companiei spre aprobare şi se aduc la cunoştinţa întregului efectiv al companiei şi a şoferilor mijloacelor de transport;
- verifică existenţa materialelor sanitare şi farmaceutice la militari şi sanitari şi le completează în caz de necesitate;
- ia măsurile sanitaro-igienice necesare, conform dispoziţiilor medicului de batalion (verifică starea sănătăţii militarilor, existenţa bidonului cu apă potabilă la fiecare militar).

În timpul luptei, comandantul grupei sanitare se află în locul de unde poate observa şi conduce activitatea grupei sanitare prin semnale şi ordine, intervenind acolo unde este nevoie. De asemenea, recunoaşte terenul şi stabileşte noi locuri de adunare a răniţilor şi dirijează activitatea brancardierilor care scot răniţii de pe câmpul de luptă.

Când este nevoie, cere întăriri de la comandantul companiei sau medicul batalionului.

Comandantul grupei sanitare ţine legătură permanentă cu subordonaţii, cu comandantul companiei, cu plutonierul de companie, cu medicul batalionului sau sanitarul de la postul de autosanitare (când se instalează), prin semnale, prin

rănițíi ușor, șoferii mijloacelor de evacuare și prin mijloacele de legătură ale comandantului companiei.

Comandantul grupei sanitare trebuie să fie în măsură, în orice moment, să raporteze:

- comandantului companiei: numărul răniților, nevoile de întăriri, necesitatea neutralizării punctelor de foc inamice care împiedică scoaterea răniților, starea sanitară a companiei și a raionului;
- medicului de batalion: locurile de adunare a răniților ce urmează a fi evacuați, numărul răniților, pierderile sanitare ale companiei la sfârșitul luptei, pierderile în personal sanitar, materiale sanitare și farmaceutice, starea sanitară a companiei și raionului.

ASIGURAREA MEDICALĂ A COMPANIEI DE INFANTERIE PE DURATA MARȘULUI

Înainte de marș, comandantul grupei sanitare trebuie să controleze starea sănătății militarilor, depistând bolnavii care necesită asistență medicală și nu pot executa marșul, trimițându-i la punctul medical al batalionului. Va avea grijă ca toți militarii să aibă asupra lor pansament individual și pachet antichimic individual, precum și plosca spălată și umplută cu apă potabilă.

Va urmări ca toți militarii să aibă încălțămintea uscată, îmbrăcămintea ajustată, iar pe timp de iarnă autovehiculele să fie amenajate astfel încât să se prevină degerăturile.

Atât înainte de executarea marșului, cât și înainte de pornirea în marș (în haltele mari și popasuri) va propune comandantului companiei măsurile igienice necesare: hrănirea militarilor cu hrană caldă cu 2 ore înainte de marș, regimul ingestiei cu apă, modul de asigurare medicală pe timpul marșului. De asemenea, în perioada pregătirii pentru marș, va completa genţile sanitarilor cu materiale sanitare și farmaceutice și-i va repartiza pe aceștia la plutoane.

De obicei, mijloacele de evacuare se trimit la eșalonul subordonat înainte de marș, încât medicul batalionului va trimite câte un autoturism de teren la fiecare companie; mijlocul de evacuare se va deplasa în urma coloanei companiei. De asemenea, gradatul sanitar va instrui personalul subordonat asupra modului în care se va acorda primul ajutor și cum se va executa evacuarea răniților pe timpul marșului.

De regulă, eșaloanele superioare organizează punctele medicale temporare pe itinerarele de deplasare a trupelor, instalându-le pe aliniamentele de coordonare. Sarcina acestor puncte medicale temporare este de a acorda ajutorul medical și de a-i pregăti pe răniții pentru evacuare la formațiunile medicale anume destinate în acest scop.

Primul ajutor se acordă de către sanitarii repartizaţi la plutoane şi care se deplasează împreună cu plutoanele, direct pe autovehicul sau în apropierea acestuia, dacă este scos din funcţiune sau staţionează. Răniţii sunt transportaţi pe autovehiculele în care au primit ajutorul medical, până la primul aliniament de coordonare, unde sunt predaţi punctului medical temporar.

Dacă înaintea aliniamentului de coordonare este fixată o haltă mică, răniţii pot fi grupaţi pe companie sau pe batalion, în mijloacele de evacuare ce se deplasează cu punctul medical al batalionului şi sunt predaţi punctului medical temporar.

Bineînţeles, pentru predarea răniţilor la punctul medical temporar, coloana subunităţii se opreşte; în acest scop, gradatul sanitar raportează comandantului companiei, care ordonă oprirea coloanei, iar predarea răniţilor se face în cel mai scurt timp. Pentru aceasta, răniţii aflaţi pe tărgi se predau cu tot cu targă, primindu-se în schimb o targă goală.

După predarea răniţilor, coloana companiei continuă deplasarea.

Dacă înaintea aliniamentului de coordonare este fixată halta mare şi nu se prevede întâlnirea cu inamicul, răniţii sunt transportaţi cu mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului, cu aprobarea comandantului batalionului, la punctul medical temporar, în timpul cât subunităţile se află în haltă. Dacă halta mare este stabilită la distanţă mai mică de aliniamentul de coordonare de care a trecut, răniţii produşi după acest aliniament pot fi evacuaţi înapoi la punctul medical temporar.

În aceste situaţii trebuie să se aprecieze distanţa şi timpul de deplasare a mijloacelor de evacuare, astfel încât acestea să se întoarcă înainte de reluarea marşului lor. Dacă este vorba de aliniamentul următor, mijloacele de evacuare vor aştepta subunitatea şi se vor încolona la locul respectiv.

Uneori poate fi posibilă gruparea răniţilor pe regiment (în halte mari sau pe timpul odihnei de zi sau de noapte) şi, în această situaţie, sarcina evacuării lor revine medicului-şef al regimentului.

ASIGURAREA MEDICALĂ A COMPANIEI DE INFANTERIE ÎN LUPTA DE OFENSIVĂ

În perioada de organizare a luptei, comandantul grupei sanitare a companiei ia măsurile prevăzute la punctul 5, activitatea sa având o serie de particularităţi, în funcţie de modul în care compania trece la ofensivă.

Astfel, în cazul ofensivei din mişcare, toate activităţile pregătitoare, inclusiv repartizarea sanitarilor la plutoane, se desfăşoară în raionul de concentrare, în timp ce, în cazul trecerii la ofensivă din contact nemijlocit cu inamicul, activitatea de pregătire se desfăşoară după ocuparea bazei de plecare la ofensivă.

De asemenea, dacă în cazul ofensivei din mişcare locurile de adunare a răniţilor se stabilesc pe parcurs, în timpul desfăşurării acțiunilor de luptă, în ofensivă din contact nemijlocit, comandantul grupei sanitare stabileşte locurile de adunare a răniţilor în baza de plecare la ofensivă, locurile ulterioare, pe timpul ducerii luptei, fiind stabilite în cursul desfăşurării acțiunilor de luptă.

La terminarea luptei, gradatul sanitar raportează comandantului companiei şi medicului de batalion numărul răniților produși, evacuaţi şi înapoiaţi la subunitate, precum şi necesarul de personal și materiale sanitare şi farmaceutice pentru activitatea ulterioară.

ASIGURAREA MEDICALĂ A COMPANIEI DE INFANTERIE ÎN LUPTA DE APĂRARE

Spre deosebire de lupta în ofensivă, lupta de apărare, ducându-se în cea mai mare parte din tranşee, locaşuri de tragere, amplasamente, asigurarea medicală a companiei de infanterie va prezenta unele particularități.

Astfel, apropierea de răniţi a sanitarilor repartizaţi la plutoane se efectuează prin tranşee şi şanţuri de comunicaţie, asigurându-se o mai bună protecție a personalului sanitar împotriva focului armamentului de infanterie a inamicului. După primirea primului ajutor, răniții care nu se pot deplasa singuri sunt transportaţi tot prin tranşee şi prin şanţurile de comunicație de militarii repartizaţi de către comandantul de pluton sau de companie să îndeplinească atribuții de brancardieri.

Răniţii sunt transportaţi până la locurile de adunare a răniților, alese într-un capăt de tranşee, sau într-un şanţ – adăpost înapoia punctului de sprijin de pluton. De aici, răniții, prin grija comandantului grupei sanitare, sunt transportați de brancardieri la locurile de adunare a răniților, fixate înapoia punctului de sprijin de companie, de unde sunt evacuaţi cu mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului la acestea.

Dacă mijloacele de evacuare nu se pot apropia până la locurile de adunare a răniţilor din cadrul companiei, medicul batalionului organizează un post de autosanitare. Postul de autosanitare este un loc până la care pot ajunge pe mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului şi unde are loc îmbarcarea răniților pe mijloacele de evacuare. Acest post este deservit de un gradat sanitar sau de un sanitar de la punctul medical al batalionului, care supraveghează răniții, corectează la nevoie măsurile de prim ajutor şi organizează îmbarcarea răniților pe mijloacele de evacuare.

Transportul răniţilor de la companie la postul de autosanitare se face prin grija medicului batalionului, de către militari puşi la dispoziţie de comandanţii de companie, la ordinul comandantului de batalion.

Când compania acţionează în fâşia de apărare sau pe poziţia înaintată ea este întărită cu personal sanitar şi cu mijloace de evacuare pentru a se organiza acordarea operativă a primului ajutor şi evacuarea rapidă a răniţilor.

În cazul ruperii luptei şi retragerii, răniţii şi bolnavii aflaţi în cadrul companiei, înainte de ruperea luptei, se evacuează la punctul medical al batalionului. Răniţii şi bolnavii care se produc pe timpul ruperii luptei şi retragerii primesc ajutor sub forma autoajutorului, ajutorului reciproc sau din partea sanitarilor şi sunt transportaţi de către militarii care se retrag (pe autovehiculele cu care se retrag), urmând ca imediat după ajungerea pe aliniamentul ordonat să fie transportaţi la punctul medical al batalionului. În această situaţie, sanitarii trebuie să supravegheze aceşti răniţi şi să intervină pentru completarea primului ajutor, cu scopul prevenirii complicaţiilor grave.

ASIGURAREA MEDICALĂ A COMPANIEI DE INFANTERIE ÎN LUPTA DE ÎNTÂLNIRE

În cadrul activităţii de pregătire pentru asigurarea medicală a companiei în lupta de întâlnire, gradatul sanitar desfăşoară activităţile prevăzute pe timpul pregătirii, acordând o atenţie deosebită întăririi cu personal sanitar şi cu materiale de pansament a plutoanelor care duc acţiuni relativ izolate, precum şi instruirii personalului sanitar subordonat.

Pe timpul luptei, dacă compania angajează lupta în cadrul forţelor principale ale batalionului, activitatea de acordare a primului ajutor şi scoaterea de pe câmpul de luptă se desfăşoară în mod obişnuit, ca în lupta de ofensivă sau de apărare, după forma pe care o ia lupta de întâlnire.

Când compania acţionează ca pichet mobil sau fix, răniţii, după primirea primului ajutor, sunt îmbarcaţi pe mijlocul de evacuare ce însoţeşte compania şi sunt evacuaţi la punctul medical al batalionului. Dacă evacuarea nu este posibilă, iar acţiunea de luptă se duce din mişcare, răniţii, după primirea primului ajutor, sunt îmbarcaţi pe mijloacele de transport ale subunităţilor şi continuă deplasarea până la prima posibilitate de evacuare. De asemenea, dacă este posibil, pot fi grupaţi pe companie (în mijlocul de evacuare care însoţeşte compania), fiind sub supravegherea gradatului sanitar.

În această situaţie, când răniţii nu pot fi evacuaţi de la companie, trebuie supravegheaţi în permanenţă de către sanitari (gradatul sanitar), în special cei cu garou sau cu leziuni grave, pentru a interveni la timp în cazul agravării stării generale a apariţiei complicaţiilor (slăbirea periodică a garoului, respiraţie artificială, masaj cardiac extern, administrarea analgezicelor etc.).

La prima posibilitate de evacuare gradatul sanitar va raporta despre necesarul de mijloace de evacuare comandantului companiei care, raportând coman-

dantului batalionului, va cere sprijinul medicului batalionului pentru evacuarea răniţilor din cadrul companiei.

Dacă evacuarea răniţilor nu se poate realiza până la ajungerea pe aliniamentul ordonat, unde se realizează dispozitivul stabilit dinainte, de îndată ce subunitatea atinge aliniamentul respectiv, evacuările se fac conform principiilor obişnuite.

În ofensivă, prezintă o deosebită importanţă stabilirea legăturilor comandantului grupei sanitare cu sanitarii de la plutoane şi cu şoferii mijloacelor de evacuare ale punctului medical al batalionului. Această legătură se realizează, de regulă, prin semnale distincte.

În ofensivă există posibilitatea ca mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului să ajungă la locurile de adunare a răniţilor şi chiar la locurile în care sunt adăpostiţi răniţii de către sanitar, această situaţie făcând inutilă folosirea brancardierilor pentru scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă, favorizându-se astfel evacuarea rapidă a răniţilor şi bolnavilor la punctul medical al batalionului.

De asemenea, dat fiind modul de lucru al punctului medical al batalionului (din mers, cu opriri în locurile unde sunt grupaţi răniţii), pot fi situaţii când răniţii sunt preluaţi direct din locul de adunare a răniţilor de către punctul medical al batalionului.

În timpul luptei sanitarii acordă primul ajutor răniţilor şi-i adăpostesc pe cei care nu se pot deplasa singuri. Răniţii care se pot deplasa singuri sunt îndrumaţi spre punctul medical al batalionului. În acest scop sanitarii trebuie să cunoască direcţia pe care se află punctul medical al batalionului (drumul pe care se va deplasa înainte). Când numărul răniţilor care nu se pot deplasa singuri este redus, răniţii care merg pe jos pot fi transportaţi cu mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului.

Răniţii care nu se pot deplasa sunt grupaţi în locurile de adunare a răniţilor de către brancardieri (militari puşi la dispoziţia gradatului sanitar pentru scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă), de unde sunt evacuaţi cu mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului.

Când este posibil, mijloacele de evacuare vin, până la locurile în care sunt adăpostiţi răniţii, ridicându-i şi transportându-i la PMd.B.

Când compania a nimicit rezistenţele inamice şi trece la urmărirea acestuia, sanitarii se deplasează împreună cu plutonul respectiv pe autocamion (sau pe unul din transportoarele blindate). Primul ajutor se acordă pe maşini, urmând ca evacuarea răniţilor să se execute la prima posibilitate (oprirea companiei pentru lupta sau pentru regruparea forţelor). În această situaţie, răniţii sunt debarcaţi de pe mijloacele de transport şi îmbarcaţi în mijlocul de evacuare care urmează compania, fiind astfel evacuaţi la punctul medical al batalionului.

CONDUCEREA ACTIVITĂȚII DE ASIGURARE MEDICALĂ A BATALIONULUI DE INFANTERIE MOTORIZAT

Pentru a conduce în condiții bune activitatea de asigurare medicală, medicul batalionului trebuie să cunoască misiunea de luptă a batalionului, situația de luptă şi cea medicală şi să ia decizii juste, bazate pe analiza atentă a situației de luptă şi medicale.

Activitatea de conducere desfăşurată de medicul batalionului se împarte în două perioade: perioada de organizare a asigurării medicale (în perioada de pregătire a luptei) şi perioada desfăşurării asigurării medicale (în perioada de ducere a luptei). Perioada de organizare a asigurării medicale poate fi împărțită în două etape:

- prima etapă - de la primirea misiunii până la luarea deciziei de către comandant;
- a doua etapă - de la luarea deciziei de către comandant până la începerea luptei.

Activitatea medicului batalionului în perioada organizării asigurării medicale

În organizarea asigurării medicale a batalionului, medicul batalionului se bazează pe orientarea tactică efectuată de comandant în baza ordinului de luptă al comandantului regimentului, dispozițiilor tehnice medicale ale medicului-şef al regimentului şi a cunoaşterii situației medicale a batalionului.

Din orientarea tactică (informarea) a comandantului batalionului reținem următoarele date:

- despre inamic: forța, armamentul, gruparea, intențiile etc.;
- misiunea batalionului;
- vecinii și liniile de despărțire;
- concepția de luptă (în mare) a comandantului de batalion;
- data şi ora când batalionul trebuie să fie gata de luptă;
- informații (date pe linie medicală) necesare comandantului pentru a lua o decizie.

Din dispozițiile tehnice medicale ale medicului-şef al regimentului, care conțin date detaliate privind asigurarea medicală, reținem următoarele:

- dispunerea punctului medical al regimentului (dispunerea inițială şi în cursul luptei);
- forțele și mijloacele de întărire care se afectează;
- volumul ajutorului medical stabilit pentru punctul medical al batalionului;
- modalitatea evacuării răniților şi bolnavilor de la punctul medical al batalionului la punctul medical al regimentului;

- măsuri antiepidemice şi de protecţie medicală a trupelor împotriva armelor de nimicire în masă;
- modul de menţinere a legăturii cu medicul-şef al regimentului şi de trimitere a rapoartelor şi sintezei medicale.

Pe baza acestor date, medicul batalionului desfăşoară următoarele activităţi:
- îşi întocmeşte harta de lucru, pe care trece elementele de care are absolută nevoie;
- îşi însuşeşte misiunea şi calculează timpul de care dispune el, cât şi subordonaţii săi, pentru organizarea asigurării medicale;

• dă dispoziţii preliminare subordonaţilor (subofiţerul sanitar, comandanţii grupelor sanitare) cu privire la:
- verificarea stării sănătăţii a militarilor, depistarea bolnavilor şi trimiterea lor la punctul medical al batalionului;
- completarea materialelor sanitaro-farmaceutice;
- efectuarea unor măsuri sanitaro-igienice în funcţie de situaţia concretă;
- instruirea şi educaţia sanitară a militarilor;
- pregătirea punctului medical al batalionului pentru deplasare sau dispunere etc.;

• execută recunoaşterea sanitară (în teren sau pe hartă) cu scopul de a stabili:
- drumurile de evacuare de la companii;
- locurile în care este necesară organizarea unor posturi de autosanitare (când este cazul);
- locurile de dispunere a punctului medical al batalionului (inițial şi în cursul luptei);
- locul de rezervă pentru dispunerea punctului medical (în special în apărare);
- situaţia epidemiologică a teritoriului etc.

• analizează situaţia, trăgând concluzii cu privire la:
- încordarea luptei şi valoarea pierderilor sanitare probabile;
- necesitatea dispunerii punctului medical al batalionului şi a postului de autosanitare în anumite locuri;
- completarea sau întărirea punctului medical al batalionului şi a grupelor sanitare cu forţe şi mijloace;
- modul de acordare a ajutorului medical şi modalitatea evacuării răniților şi bolnavilor de la companii.

Concluziile trase se concretizează în „Datele medicale necesare pentru documentarea comandantului şi propunerile pentru asigurarea medicală" (raport pentru documentarea comandantului), care cuprind:

– scurtă caracterizare a situaţiei medicale (starea forţelor şi mijloacelor);
– volumul pierderilor sanitare probabile;
– nevoile în mijloace de evacuare;
– propuneri cu privire la dispunerea punctului medical al batalionului şi a postului de autosanitare (când este cazul);
– cereri de forţe şi mijloace pentru completarea sau întărirea punctului medical al batalionului;
– concluziile medicului batalionului cu privire la modul în care se vor îndeplini sarcinile de asigurare medicală a batalionului.

Aceste date se pot concretiza într-un tabel care se trece pe hartă, iar unele date (propunerile privind dispunerea punctului medical) se trec prin semne convenţionale în locurile propuse. Tabelul trebuie să fie simplu şi să cuprindă datele strict necesare, ca în modelul de mai jos.

Raport pentru documentarea comandantului

– Scurtă caracterizare a situaţiei medicale a batalionului

Efectiv	Pierderi sanitare probabile		Lungimea cursei	Numărul curselor	Nevoi în mijloace de evacuare				Obs.
					automobilele I.M.S.				
	%	numeric			necesar	existent	deficit	alte mijloace	

Propuneri
– Locul de dispunere a P.Md.B.
– Locul de rezervă
– Itinerar de deplasare
– Locuri de dispunere ulterioară
– Locul P.S.T.

Cereri
– Personal
– Mijloace de evacuare
– Materiale sanitaro-farmaceutice

Concluzii privind asigurarea medicală a luptei

După luarea deciziei de către comandant, medicul batalionului trece la definitivarea şi concretizarea planului asigurării medicale a batalionului.

Planul asigurării medicale – documentul principal de conducere a asigurării medicale – se execută pe hartă, folosind semne convenţionale, tabele şi texte scurte, concise.

Prin semne convenţionale se trec următoarele date:

- linia de contact;
- liniile de despărţire cu vecinii;
- misiunile batalionului (în ofensivă);
- punctul de comandă al batalionului şi al regimentului, precum şi punctele de comandă ale companiilor;
- locurile de adunare a răniţilor la începerea luptei;
- dispunerea P.Md.B. la începerea luptei şi pe timpul ducerii luptei;
- drumul pe care se va deplasa P.Md.B.;
- drumurile pe care se fac evacuările de la companii;
- locul postului de autosanitare;
- organizarea apărării P.Md.B.;

Sub formă de tabele se trec următoarele date:

- volumul pierderilor sanitare;
- reparaţia mijloacelor de evacuare pentru evacuarea răniţilor de la companii (organizarea evacuărilor).

Sub formă de texte scurte se trec următoarele date:

- volumul ajutorului medical;
- măsurile sanitaro-igienice şi antiepidemice;
- măsurile de protecţie împotriva armelor de nimicire în masă;
- organizarea aprovizionării cu materiale sanitaro-farmaceutice;
- organizarea legăturilor cu punctul de comandă al batalionului (pentru timpul când medicul se găseşte la punctul medical), cu comandanţii grupelor sanitare de la companii şi cu medicul-şef al regimentului.

Pentru concretizarea modului în care se organizează evacuările, se poate folosi următorul tabel:

Calculul pierderilor sanitare şi repartiţia mijloacelor de evacuare

Subunitatea			Lungimea cursei	Numărul curselor	Nevoi în mijloace de evacuare				Obs.
					automobilele I.M.S.				
					necesar	existent	deficit	alte mijloace	

Subunitatea	Pierderi sanitare probabile	Se evacuează cu IMS	Lungimea cursei, km	Numărul curselor	Nevoi în mijloace de evacuare				Personalul pentru scoaterea răniţilor
					Automobilele I.M.S.				
					necesar	existent	deficit	alte mijloace	
Cp.1 I									
Cp.2 I									
Cp.3 I									
Subunitate de întărire									
TOTAL									

Planul asigurării medicale se semnează de medicul batalionului şi se aprobă de comandantul de batalion, după care, prin dispoziţii verbale (dispoziţii tehnice medicale), se aduc la cunoştinţa subordonaţilor datele ce-i interesează pentru buna organizare şi desfăşurare a activităţii.

Totodată, medicul batalionului prezintă statului major datele medicale care vor fi incluse în ordinul de luptă:

- locul de dispunere a punctului medical al batalionului, itinerarul de deplasare şi locurile de dispunere ulterioară, în cursul luptei, precum şi locul de rezervă;
- modalitatea evacuării răniţilor şi bolnavilor de la companii;
- forţele şi mijloacele serviciului medical ce se afectează ca întărire subunităţilor;
- măsurile de linie sanitaro-igienice şi antiepidemice;
- măsurile de protecţie medicală împotriva armelor de nimicire în masă;
- modalitatea asigurării subunităţilor cu materiale sanitaro-farmaceutice.

Dispoziţii tehnice medicale, pe care medicul batalionului le va transmite verbal comandanţilor grupelor sanitare ale companiilor, precum şi subordonaţilor săi nemijlociţi (personalului punctului medical), vor conţine următoarele date:

- locul de dispunere iniţială a punctului medical al batalionului, itinerarul de deplasare, locurile ulterioare de dispunere în cursul luptei, locul de dispunere de rezervă, cu termenele funcţionării punctului medical în aceste locuri;
- forţele şi mijloacele serviciului medical ce se afectează ca întărire subunităţilor (sanitari, brancardieri, eventual mijloace de evacuare ce se pun la dispozi-

ția subunităților ce acționează independent etc.), cu data, ora și locul punerii la dispoziție;

- modalitatea evacuării răniților și bolnavilor de la companii (cu mijloace de evacuare, în ce ritm, de unde se va face evacuarea, eventual organizarea postului de autosanitare și modalitatea evacuării în acest caz);
- măsuri sanitaro-igienice și antiepidemice ce se iau în cadrul subunităților;
- măsuri de protecție împotriva armelor de nimicire în masă (ce antidoturi se administrează și în ce doze, repartizarea personalului sanitar la intervenția în raionul lovit cu arme de nimicire în masă etc.);
- modalitatea aprovizionării grupelor sanitare și a militarilor cu materiale sanitaro-farmaceutice;
- modalitatea menținerii legăturilor și a trimiterii rapoartelor.

Subordonaților nemijlociți, adică personalului punctului medical al batalionului, medicul batalionului le dă, tot verbal, dispoziții privind funcționarea punctului medical și anume:

- subofițerului sanitar - măsuri privind organizarea activității punctului medical, deplasarea, dispunerea, asigurarea cu materiale sanitaro-farmaceutice, modul de lucru în cadrul punctului medical;
- șoferilor mijloacelor de evacuare - măsuri privind evacuarea răniților și bolnavilor de la companii;
- gradatului sanitar repartizat la postul de autosanitare pentru evacuarea răniților de la companii și de evacuare în continuare de la punctul sanitar de transport;
- întregului personal - sarcinile stabilite pentru asigurarea asistenței medicale în cazul lovirii cu arme de nimicire în masă, precum și măsurile de pază, apărare și protecție a punctului medical.

După elaborarea planului asigurării medicale și darea dispozițiilor tehnice medicale, medicul batalionului controlează modul în care se execută dispozițiile date și, ca șef al punctului medical, organizează activitatea punctului medical al batalionului în toate amănuntele.

Activitatea medicului batalionului pe timpul ducerii luptei

Pentru a asigura conducerea operativă a asigurării medicale, medicul batalionului trebuie să țină în permanență legătura cu statul major al batalionului, cu comandanții grupelor sanitare de la companii și cu medicul-șef al regimentului. Această legătură permanentă îi permite să cunoască în orice moment situația de luptă a batalionului, problemele medicale ce apar în cadrul subunităților (nevoile în forțe și mijloace pentru scoaterea răniților de pe câmpul de luptă și evacuarea lor la punctul medical al batalionului), să primească la timp dispozițiile necesare

pe linie medicală şi să ceară, la nevoie, întăriri, pentru rezolvarea problemelor ce depăşesc posibilităţile sale.

Pe timpul ducerii luptei, medicul batalionului transpune în practică prevederile planului asigurării medicale, desfăşurând următoarele activităţi principale:

- conduce evacuarea răniţilor şi bolnavilor de la companii, folosind mijloacele de evacuare de care dispune şi eventualele mijloace de transport, care se întorc goale, după ce au transportat muniţia până la punctul de aprovizionare de luptă al companiei;
- conduce activitatea punctului medical al batalionului care cuprinde următoarele:
- deplasarea şi dispunerea P.Md.B. în conformitate cu prevederile planului asigurării medicale şi a schimbărilor de situaţie care survin, raportând despre aceasta comandantului batalionului, medicului-şef al regimentului şi comunicând comandanţilor grupelor sanitare;
- triajul şi acordarea ajutorului medical de urgenţă răniţilor şi bolnavilor evacuaţi de la companii şi pregătirea lor pentru evacuare în continuare;
- organizarea şi conducerea măsurilor de pază, apărare şi protecţie a punctului medical al batalionului;
- organizarea aprovizionării cu materiale sanitaro-farmaceutice a grupelor sanitare şi a punctului medical al batalionului;
- conduce activitatea personalului sanitar care intervine în raioanele lovite cu arme de nimicire în masă în cadrul detaşamentelor de salvare-evacuare.

La sfârşitul luptei, la ora ordonată de medicul-şef al regimentului, medicul batalionului trebuie să raporteze datele privind activitatea de asigurare medicală din cursul luptei, mai exact, activitatea desfăşurată în ultimele 24 de ore. Acest raport, denumit în mod curent „sinteza medicală", cuprinde:

- locul dispunerii punctului medical al batalionului la ora întocmirii sintezei;
- numărul răniţilor şi bolnavilor scoşi la P.Md.B., evacuaţi mai departe şi rămaşi de evacuat;
- evenimente deosebite: acţiuni inamice asupra punctului medical al batalionului, pierderi în personal, mijloacele de evacuare, materiale sanitaro-farmaceutice, evenimente pe linie epidemiologică etc.;
- cereri de forţe şi mijloace.

De asemenea, medicul batalionului trebuie să fie în măsură să raporteze comandantului batalionului, la orice oră, starea sanitară a subunităţii, numărul răniţilor şi bolnavilor sosiţi, evacuaţi şi rămaşi la punctul medical al batalionului, nevoile în forţe şi mijloacele, precum şi orice alte măsuri necesare pentru desfăşurarea asigurării medicale.

Concluzii

Punctul medical al batalionului reprezintă una din verigile importante ale serviciului medical al trupelor, a cărui sarcină principală, în luptă, este organizarea scoaterii rapide a răniţilor şi bolnavilor de pe câmpul de luptă şi evacuarea lor de la companii la P.Md.B., unde, după acordarea ajutorului medical de urgenţă, sunt îmbarcaţi în mijloacele de evacuare ale punctului medical al brigăzii şi evacuaţi la acesta. De modul în care se organizează asigurarea medicală în cadrul batalionului depinde recuperabilitatea răniţilor şi bolnavilor.

De aceea, pentru realizarea acestor sarcini, medicul batalionului trebuie să ia decizii corecte, operative, bazate pe o analiză temeinică a situaţiei.

Asigurarea medicală a marşului batalionului de infanterie motorizat

a) Organizarea asigurării medicale a marşului batalionului de infanterie se efectuează ţinând seama de condiţiile concrete în care se va desfăşura marşul, în special de posibilitatea întâlnirii cu inamicul.

Pe timpul pregătirii marşului, medicul batalionului, după ce îşi va însuşi misiunea şi va analiza situaţia concretă în care se va executa marşul, va lua următoarele măsuri:

- depistarea şi evacuarea răniţilor şi bolnavilor de la subunităţi, în cazul când există, şi evacuarea lor la punctul medical al regimentului; evacuarea eventualilor răniţi şi bolnavi se poate executa cu mijloacele punctului medical al batalionului;
- completarea stocului de materiale sanitaro-farmaceutice, asigurând atât punctul medical al batalionului şi grupele sanitare ale companiei, cât şi întregul efectiv al batalionului cu materiale necesare.

Trecând la elaborarea planului asigurării medicale, a misiunii pe care o va îndeplini batalionul (lupta de întâlnire, ocuparea unui raion de aliniament, dispunerea într-un nou raion de concentrare etc.), medicul va include problemele specifice marşului şi anume:

- itinerarul de deplasare;
- raioanele haltelor şi ordinea de zi (de noapte);
- dislocarea punctelor medicale temporare, organizate pe aliniamentele de coordonare, pentru primirea răniţilor şi bolnavilor ce se produc pe timpul marşului;
- locul punctului medical al batalionului în coloană;
- repartizarea forţelor şi mijloacelor de întărire la subunităţi şi a mijloacelor de întărire la subunităţi şi a mijloacelor care vor executa evacuarea de la acestea.

De regulă, subunităţile care intră în compunerea siguranţei de marş se întăresc cu personal şi cu mijloacele de evacuare (un automobil I.M.S.). Celelalte

mijloace de evacuare ale punctului medical al batalionului se vor deplasa în urma companiilor de la care vor executa evacuarea răniților și bolnavilor pe timpul îndeplinirii misiunii de luptă. În felul acesta, în cadrul punctului medical al batalionului, pe timpul marşului, se vor deplasa: autocamionul cu materiale sanitaro-farmaceutice, un automobil I.M.S. care va constitui rezerva medicului batalionului şi 1–2 autosanitare ale punctului medical al regimentului, care vor executa evacuările de la punctul medical al batalionului.

Punctele medicale temporare sunt organizate şi dispuse de către eşaloanele superioare (de regulă, de către medicul-şef al brigăzii sau al armatei de arme întrunite) pe aliniamentele de coordonare. Ele sunt constituite dintr-un medic, 1–2 gradați sanitari sau sanitari, 1–2 autosanitare, materiale sanitare şi se dispun fie în cort, fie într-o clădire. Rolul lor este de a primi răniţii şi bolnavii produşi pe timpul marşului, de a acorda ajutor medical de urgență şi de a-i evacua la formațiunea medicală stabilită (un spital de linia întâi de armată instalat în acest scop sau la un spital teritorial anume destinat).

Întrucât în unele situaţii (când se prevede lupta de întâlnire) nu se poate asigura securitatea punctelor medicale temporare, dacă s-ar trimite la timp pe aliniamentele de coordonare, acestea se vor deplasa în urma subunităţilor (batalionului), care formează avangarda forțelor principale ale regimentului (brigăzii), şi, la ajungerea pe aliniamentul de coordonare, vor ieşi din coloană, şi se vor opri pe acest aliniament. După trecerea coloanelor pe care le asigură se vor înapoia la formaţiunile din care fac parte şi vor executa sarcinile stabilite.

Asigurarea medicală pe timpul marşului

În timpul marşului, punctul medical al batalionului ocupă locul în dispozitivul de marş în funcţie de misiunea pe care o va îndeplini batalionul. Astfel:

- dacă batalionul de infanterie se deplasează pentru a fi introdus în lupta de ofensivă din mişcare sau când se prevede lupta de întâlnire, punctul medical se va deplasa în urma subunităţilor care vor constitui eşalonul întâi al batalionului;
- dacă batalionul se deplasează pentru a ocupa un aliniament sau raion, unde va primi misiunea, şi se prevede întâlnirea cu inamicul, punctul medical al batalionului se poate deplasa în urma coloanei forţelor principale, înaintea subunităţilor şi formaţiunilor de servicii ale batalionului.

Primul ajutor se acordă de către sanitarii repartizaţi la plutoane şi care se deplasează împreună cu plutonul respectiv, direct pe autovehicul sau în apropierea acestuia, dacă transportul este scos din funcţiune sau staţionează. Răniţii sunt transportaţi în continuare pe autovehiculele în care au primit primul ajutor până la primul aliniament de coordonare, unde sunt predaţi punctului medical temporar.

Dacă înaintea aliniamentului de coordonare este fixată o haltă mică, răniţii pot fi grupaţi pe batalion, în mijloacele de evacuare ce se deplasează cu punctul medical al batalionului, şi sunt predaţi astfel punctului medical temporar.

Pentru predarea răniţilor, la propunerea medicului batalionului, comandantul de batalion ordonă oprirea coloanei, timp în care răniţii sunt predaţi punctului medical temporar. Pentru a grăbi predarea în schimbul tărgilor cu răniţi se primesc tărgi goale.

Dacă înaintea aliniamentului de coordonare este fixată o haltă mare şi nu se prevede întâlnirea cu inamicul, răniţii pot fi transportaţi cu mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului, cu aprobarea comandantului de batalion, la punctul medical temporar, în timp ce subunităţile se află în haltă. Dacă halta mare este stabilită la distanţă mai mică de aliniamentul de coordonare de care s-a trecut, răniţii, produşi după acest aliniament, pot fi evacuaţi înapoi la punctul medical temporar. În aceste situaţii trebuie să se aprecieze distanţa şi timpul de deplasare a mijloacelor de evacuare astfel, încât acestea să se întoarcă înainte de reluarea marşului sau, dacă este vorba de aliniamentul următor, mijloacele de evacuare vor aştepta subunitatea şi se vor încolona la locul respectiv.

Pe timpul haltelor mici, punctul medical al batalionului urmează regimul celorlalte subunităţi ale batalionului: se opreşte pe partea dreaptă a drumului, personalul debarcă de pe maşini şi trece în dreapta drumului. Bineînţeles, când sunt răniţi, medicul batalionului organizează gruparea lor şi acordarea ajutorului de urgenţă sau completarea primului ajutor, după caz.

Pe timpul haltei mari şi a odihnei, punctul medical al batalionului se dispune spre centrul raionului în care este dispus batalionul, iar medicul batalionului trece imediat la recunoaşterea raionului şi stabilirea măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice necesare, raportând despre aceste măsuri comandantului de batalion. Va acorda o atenţie deosebită surselor de apă din raion. Totodată va lua măsurile necesare pentru gruparea răniţilor existenţi pe batalion la punctul medical de urgenţă şi va organiza evacuarea lor mai departe.

Punctul medical al batalionului se va dispune folosind proprietăţile de protecţie şi de mascare ale terenului, iar pentru acordarea ajutorului medical se vor debarca de pe autocamion numai seturile strict necesare.

La ajungerea batalionului în raionul ordonat sau la ajungerea luptei de întâlnire (introducerea în luptă ofensivă din mişcare) medicul batalionului va acţiona în conformitate cu planul asigurării medicale şi cu situaţia de luptă şi medicală concretă.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în lupta de întâlnire

Organizarea asigurării medicale a batalionului de infanterie în lupta de întâlnire se realizează încă înainte de începerea deplasării batalionului (în raionul de concentrare sau staționare). Planul asigurării medicale trebuie elaborat ținând seama de misiunea pe care o îndeplinește batalionul în marșul cu previziunea luptei de întâlnire (detașament înainte, avangardă, flancgardă) și de aliniamentul probabil de întâlnire cu inamicul.

O grijă importantă a medicului batalionului constituie întărirea cu forțe și mijloace a subunităților care duc acțiuni independente (pichet mobil de cap, de flanc), precum și trimiterea mijloacelor de evacuare la subunități înainte de pornirea în marș.

Punctul medical al batalionului se va deplasa în urma subunităților care vor constitui eșalonul întâi al batalionului, iar la angajarea luptei de întâlnire va părăsi itinerarul și se va opri pe roți, într-un loc care oferă protecția și mascarea necesară.

În lupta de întâlnire pierderile sanitare ale batalionului pot fi reduse mult sub valoarea celor din ofensivă, dacă batalionul a devansat în desfășurarea pentru luptă și în deschiderea focului, sau pot fi mari, ca în ofensivă, și chiar mai mari, dacă inamicul, cu forțe superioare, a devansat în acțiune batalionul. De aceea punctul medical al batalionului trebuie să fie în măsură să facă față oricăror solicitări din punctul de vedere al evacuărilor și acordării ajutorului medical.

De asemenea, în cazul când batalionul acționează ca detașament înaintat, flancgardă sau avangardă, existând posibilitatea întreruperii temporare a evacuărilor, datorită infiltrării grupelor inamice în spatele dispozitivului batalionului, punctul medical al batalionului trebuie să fie în măsură să rețină răniții și bolnavii și să lărgească volumul ajutorului medical, până la apariția posibilității evacuărilor.

Dacă lupta de întâlnire s-a desfășurat cu succes și inamicul se retrage, batalionul de infanterie trecând la urmărirea inamicului, punctul medical al batalionului se va deplasa în urma eșalonului întâi al batalionului. În această situație la punctul medical mai există răniți care n-au fost evacuați, aceștia vor fi luați pe mijloacele de transport și evacuare ale punctului medical și vor fi evacuați la prima posibilitate (după ajungerea pe aliniamentul sau în raionul ordonat ori la sosirea mijloacelor de evacuare ale eșalonului superior).

Dacă inamicul cu forțe superioare a devansat în acțiune batalionul și acesta duce acțiuni pe aliniamente intermediare pentru a asigura desfășurarea forțelor principale ale regimentului, se va pune accentul pe scoaterea rapidă a răniților de pe câmpul de luptă și evacuarea lor la punctul medical al batalionului și în conti-

nuare la etapa de evacuare a eşalonului superior. Răniţii din cadrul subunităţilor care se retrag de pe un aliniament pe altul vor fi transportaţi pe mijloacele de transport ale subunităţilor şi, la ajungerea pe noul aliniament, vor fi evacuaţi la punctul medical al batalionului.

Dacă batalionul trece la apărare pe un aliniament favorabil, activitatea de asigurare medicală se va desfăşura ca în lupta de apărare.

Dat fiind dinamismul şi situaţiile schimbătoare ce survin în cadrul luptei de întâlnire, punctul medical al batalionului trebuie să fie în măsură să se deplaseze în orice moment, în funcţie de acţiunile de luptă ale batalionului, să evacueze rapid răniţii de la companii şi să desfăşoare un volum de activitate mai mare decât în alte forme de luptă, uneori lărgind volumul ajutorului medical.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în lupta de ofensivă

Particularităţile asigurării medicale în lupta de ofensivă

Caracteristicile ofensive determină o serie de particularităţi în activitatea de asigurare medicală.

Astfel, serviciul medical trebuie să asigure asistenţa medicală a trupelor care înaintează pe teritoriul cucerit de la inamic, cu o stare sanitară necunoscută sau puţin cunoscută.

Utilizarea armelor de nimicire în masă de către inamic conduce la creşterea numărului de pierderi sanitare. Pentru aceasta, serviciul medical trebuie să ia în prealabil măsuri de pregătire, spre a putea executa în timp scurt un volum mare de activitate. În aceste condiţii creşte importanţa rezervei de forţe şi mijloace ale serviciului medical pentru îndeplinirea noilor sarcini ce apar pe timpul ducerii luptei şi pentru înlocuirea forţelor şi mijloacelor scoase din funcţie.

Executarea neîntreruptă a asigurării medicale în ofensivă necesită îmbinarea armonioasă a deplasării formaţiunilor medicale în urma trupelor, cu perioadele de activitate medicală staţionară, în care formaţiunile medicale se instalează pentru acordarea ajutorului medical. De aici rezultă necesitatea executării unor largi manevre ale forţelor şi mijloacelor serviciului medical. În acest scop, formaţiunile medicale trebuie să fie pregătite în permanenţă pentru deplasare rapidă în raionul ordonat şi pentru instalare în timp scurt.

Evacuările medicale se fac pe drumuri aglomerate, uneori distruse sau contaminate cu substanţe radioactive sau toxice.

Datorită spaţiului mare parcurs de trupe în ofensivă, răniţii se vor afla răspândiţi pe suprafeţe de teren întinse, în locurile genistice cucerite de la inamic în clădiri, în locuri greu accesibile. Căutarea şi scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă va necesita forţe numeroase, iar evacuarea rapidă a lor este dictată atât

de necesitatea acordării în timpul util a ajutorului medical, cât şi de necesitatea evitării strivirii lor de către tehnica de luptă a trupelor proprii. În acest scop sunt necesare mijloace de evacuare numeroase şi scurtarea drumului de evacuare prin apropierea formaţiunilor medicale de trupe.

Utilizarea frecventă a detaşamentului înaintat şi a desantului aerian impune organizarea măsurilor corespunzătoare de asigurare medicală ale acestora.

Existenţa obstacolelor naturale şi în special a cursurilor de apă impune organizarea corespunzătoare a asigurării medicale a trupelor care forţează aceste cursuri de apă.

Deoarece acţiunile de luptă se desfăşoară pe un teritoriu puţin cunoscut din punct de vedere epidemiologic, se impune executarea permanentă a recunoaşterii sanitare la toate eşaloanele, urmărindu-se obţinerea rapidă a informaţiilor necesare pentru stabilirea operativă a măsurilor profilactice, pentru prevenirea pătrunderii şi răspândirii bolilor transmisibile în rândul trupelor.

Pierderile sanitare ale batalionului de infanterie motorizat în lupta de ofensivă

În lupta ofensivă batalionul poate avea pierderi sanitare crescute în următoarele situaţii:

- în timpul marşului sau în timpul desfăşurării batalionului în dispozitiv premergător de luptă şi de luptă în cazul ofensivei din mişcare;
- pe bază de plecare în ofensivă, în cazul ofensivei din contact nemijlocit cu inamicul;
- la cucerirea punctelor de sprijin de pe linia dinainte a apărării inamicului;
- la cucerirea punctelor de sprijin din adâncimea apărării inamicului şi în special la introducerea în luptă a eşalonului doi (rezervei);
- în timpul contraatacurilor inamice.

Pierderile sanitare ale batalionului de infanterie pot varia mult, în funcţie de condiţiile luptei şi de armamentul utilizat. În cazul folosirii armamentului de foc obişnuit, pierderile sanitare ale batalionului, într-o zi de luptă, pot constitui în medie 10–20% din efectiv. Dacă se utilizează arma nucleară, pierderile sanitare se pot calcula după următorul principiu: asupra unui batalion inamicul poate utiliza 1–2 lovituri nucleare de 3–15 kt, fiecare lovitură producând circa 120 de pierderi sanitare şi 1–2 lovituri nucleare de microcalibru (0,1–1 kt), fiecare lovitură producând circa 25 de pierderi sanitare, în cazul utilizării armei chimice, pierderile vor fi de 8–12% din efectiv într-o zi. Aceste valori sunt medii, de aceea pierderile sanitare trebuie apreciate pe baza unei analize detaliate a situaţiei, ţinând seama de toţi factorii care influenţează producerea pierderilor sanitare.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în ofensiva din mişcare

În ofensiva din mişcare, organizarea asigurării medicale a batalionului de infanterie se execută în raionul de concentrare. Aici punctul medical al batalionului se găseşte pe roţi în centrul raionului de dispunere a batalionului. Pentru pregătirea asigurării medicale, medicul batalionului desfăşoară următoarele activităţi:

- pregăteşte pentru evacuare şi evacuează cu mijloacele proprii răniţii şi bolnavii existenţi în cadrul subunităţilor şi la punctul medical al batalionului;
- completează stocul de materiale sanitaro-farmaceutice ale punctului medical al batalionului şi materialele sanitaro-farmaceutice la grupele sanitare şi la întregul efectiv (pansamente individuale);
- ia măsuri pentru punerea în funcţiune sau înlocuirea mijloacelor de evacuare;
- ia măsurile sanitaro-igienice necesare în cadrul batalionului;
- elaborează planul asigurării medicale;
- transmite dispoziţiile tehnice medicale subordonaţilor;
- trimite întăririle necesare la subunităţi, precum şi mijloacele de evacuare care vor transporta răniţii de la companii la punctul medical al batalionului;
- ia măsuri pentru deplasarea punctului medical al batalionului (ambalarea şi amenajarea materialelor sanitaro-farmaceutice.

Punctul medical al batalionului se deplasează din raionul de concentrare în cadrul coloanei batalionului, în urma subunităţilor care vor constitui eşalonul întâi.

La ajungerea trupelor pe aliniamentul de atac, punctul medical al batalionului se va opri pe roţi, într-un loc adăpostit, care oferă protecţia şi posibilităţi de mascare, la 1,5–2 km pe linia frontului. Aici punctul medical trebuie să fie pregătit, fie să primească răniţii şi bolnavii, fie să se deplaseze înainte, în funcţie de progresia trupelor, apropiindu-se cât mai mult de locurile în care s-au produs pierderi sanitare numeroase (punctele de sprijin de pe limita dinainte a apărării inamice).

Ulterior, în timpul ducerii luptei în adâncimea apărării inamice, punctul medical al batalionului va acţiona din mers, cu opriri scurte în locurile în care sunt grupaţi răniţii sau în locurile în care întâlneşte mijloacele de evacuare care aduc răniţii de la locurile de adunare a răniţilor (LAR).

Activitatea punctului medical în aceste locuri se desfăşoară în felul următor:

- punctul medical (autocamionul, autosanitara trimisă de la punctul medical al brigăzii) se opreşte într-un loc adăpostit şi cu posibilităţi de mascare;
- se debarcă de pe autocamion lăzile cu materiale sanitaro-farmaceutice strict necesare acordării ajutorului medical (lada cu pansamente, lada cu aparatură şi instrumentar medical, lada cu medicamente, setul cu atele etc.), aşezându-

se într-un loc adăpostit, care să ofere condiţii de lucru (viroagă, râpă, adăpost, tranşee, clădire etc.);
- se face triajul medical şi se acordă ajutorul medical de urgenţă în funcţie de situaţia concretă;
- se îmbarcă răniţii pe autosanitara punctului medical al brigăzii, care-i transportă la acesta;
- se strâng materialele şi se îmbarcă pe autocamion, punctul medical continuând deplasarea pe drumul (direcţia) stabilit prin planul asigurării medicale şi cunoscut de comandanţii grupelor sanitare.

Evacuarea răniţilor de la companii se execută astfel:
- automobilele sanitare se deplasează în urma companiilor din eşalonul întâi; ajungând la locurile de adunare a răniţilor, marcate cu semne stabilite dinainte, sanitarul, ajutat de şofer, îmbarcă răniţii în automobil; dacă automobilul nu este completat la capacitatea sa, se deplasează spre alt loc de adunare a răniţilor din apropiere şi ridică răniţii; automobilul completat la capacitatea sa se îndreaptă spre punctul medical al batalionului, pe drumul de deplasare al acestuia sau foarte aproape de acest drum; dacă întâlneşte în drum punctul medical al batalionului, predă răniţii acestuia şi se întoarce la compania respectivă pentru a evacua alţi răniţi, dacă nu întâlneşte punctul medical, se deplasează până la locul de dispunere a acestuia;
- când ritmul ofensivei este înalt, automobilele sanitare pot fi folosite pentru căutarea răniţilor şi transportul lor spre drumul de deplasare al punctului medical al batalionului, grupându-i în locuri adăpostite, care se marchează vizibil şi la care va veni punctul medical.

Dacă într-un loc de adunare a răniţilor au mai rămas răniţi care nu au putut fi transportaţi, deoarece locurile din mijlocul de transport s-au completat, sanitarul de pe acest mijloc va rămânea cu răniţii, supraveghindu-i până la întoarcerea mijlocului de transport. În cazul grupării răniţilor pe direcţia de deplasare a punctului medical, sanitarul va însoţi în permanenţă mijlocul de transport, pentru ca, împreună cu şoferul, să debarce răniţii.

În cadrul batalionului vor fi răniţi care se pot deplasa singuri de la locul rănirii la punctul medical. Aceştia vor fi îndrumaţi de către instructorul sanitar (comandantul grupei sanitare) spre punctul medical, arătându-li-se direcţia pe care se va deplasa acesta.

Pentru a înţelege corect modul de lucru al punctului medical al batalionului în ofensivă, putem recurge la un calcul destul de simplu. Se ştie că ritmul de ofensivă este, în medie, de 2–4 km pe oră, iar punctul medical al batalionului se dispune până la 2 km de linia de contact. Ţinând seama de prevederea, conform căreia punctul medical trebuie să nu rămână la distanţa mai mare de 4 km

de linia frontului (până la maximum dublul distanţei), înseamnă că la fiecare 30 min. – până la o oră punctul medical trebuie să se deplaseze dintr-un loc în altul. Dacă cei 2 km îi parcurge în 5–10 min., înseamnă că de la sosirea într-un loc până la plecarea din locul respectiv trec 20–50 min., adică punctul medical al batalionului staţionează 20–50 min., timp în care trebuie să se pregătească pentru activitate, să acorde ajutor medical de urgenţă şi să se pregătească pentru deplasarea de mai departe. Astfel, rezultă că expresia „punctul medical al batalionului acţionează din mers, cu opriri scurte pentru acordarea ajutorului medical în locurile în care sunt grupaţi răniţii", este pe deplin justificată.

Bineînţeles, în funcţie de situaţia concretă (de ritmul ofensivei, numărul răniţilor, teren etc.), medicul batalionului va organiza activitatea punctului medical astfel, încât misiunea acestuia să fie îndeplinită în condiţii bune.

De la punctul medical al batalionului răniţii se evacuează cu autosanitarele punctului medical al brigăzii. În funcţie de pierderile sanitare prevăzute, medicul-şef al brigăzii va trimite la punctul medical al batalionului 1–2 autosanitare care vor face curse în permanenţă între aceste puncte medicale.

Distanţa dintre punctul medical al batalionului şi punctul medical al brigăzii, la începerea luptei, este de 5–7 km, iar în ducerea luptei poate atinge 12–15 km, cursa unei autosanitare fiind, deci, de 10–30 km, care parcurge în 30 min. până la 1,5 ore. Va rezulta o cursă medie de circa 20 km, adică în medie o cursă pe oră. Aceasta înseamnă că într-o zi de luptă se vor putea face aproximativ 8–10 curse, adică din fiecare loc de dispunere a punctului medical al batalionului va pleca o autosanitară cu răniţi.

Dacă pierderile sanitare ale batalionului vor fi de 20% (90–120 răniţi), înseamnă că vor fi evacuaţi cu autosanitara respectiv 40–50 % din răniţi.

Dacă după plecarea autosanitarei cu răniţii au mai rămas răniţi la punctul medical al batalionului şi acesta trebuie să se deplaseze, nu se recomandă lăsarea răniţilor pe loc. Aceştia vor fi îmbarcaţi în autocamionul punctului medical şi se vor deplasa astfel în noul loc, de unde vor fi evacuaţi cu cursa următoare.

Răniţii uşor pot fi evacuaţi cu mijloacele de transport care aduc muniţia până la depozitul de muniţie al batalionului. Dar, dat fiind faptul că aprovizionarea, pe timpul ducerii luptei, se face în general noaptea şi în condiţii de vizibilitate redusă, în cursul zilei de luptă nu vor fi mijloace suficiente pentru evacuare. De aceea, orice aglomerare de răniţi, care ameninţă să blocheze punctul medical al batalionului, trebuie raportată medicului-şef al brigăzii care va trimite mijloace necesare pentru evacuare.

Întrucât batalionul poate acţiona ca detaşament înaintat, va fi întărit cu forţele şi mijloacele necesare, şi, medicul batalionului la rândul său, va întări companiile şi va asigura evacuarea răniţilor de la companii. Dar, deoarece evacuările

la punctul medical al brigăzii nu vor fi posibile temporar (până la ajungerea forțelor principale ale regimentului la nivelul detașamentului înaintat), punctul medical al batalionului trebuie să fie pregătit pentru a extinde volumul ajutorului medical și a reține, și transporta cu el răniții și bolnavii până apare posibilitatea evacuării lor.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în lupta de ofensivă din contact nemijlocit cu inamicul

În ofensiva din contact nemijlocit cu inamicul, organizarea asigurării medicale a batalionului se execută în raionul de apărare al batalionului (dacă se trece la ofensivă din dispozitivul de apărare) sau în raionul de staționare, înainte de a ocupa baza de plecare la ofensivă.

În perioada de organizare a luptei se desfășoară aceleași activități ca în ofensiva din mișcare, cu deosebirea că batalionul, înainte de a porni la ofensivă, ocupă baza de plecare la ofensivă, fapt ce determină următoarele particularități:

- se poate executa recunoașterea sanitară în teren, pentru alegerea locului de dispunere a punctului medical al batalionului și a căilor de evacuare de la companii;
- punctul medical se dispune în lucrări genistice existente în raionul de apărare repartizat sau amenajat special pentru aceasta, la o distanță de până la 2 km de linia frontului;
- medicul batalionului va organiza și asigurarea medicală a regrupării, având grijă ca înainte de începerea luptei să nu existe răniți și bolnavi în cadrul batalionului.

Pe timpul ducerii luptei, asigurarea medicală a batalionului se desfășoară ca și în ofensiva din mișcare.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat destinat ca desant aerian tactic

Organizarea asigurării medicale a batalionului de infanterie destinat ca desant aerian se execută în raionul de staționare (concentrare) a batalionului și cuprinde aceleași activități ca în ofensiva din mișcare, cu următoarele particularități:

- întrucât batalionul va acționa independent un anumit timp, punctul medical al batalionului trebuie să fie pregătit pentru primirea tuturor răniților de la companii, acordarea ajutorului medical în volum lărgit și reținerea răniților și bolnavilor până la joncțiunea cu trupele proprii, când va fi posibilă evacuarea la punctul medical al brigăzii;
- dat fiind caracterul dinamic al acțiunilor de luptă și posibilitatea ca inamicul să contraatace din orice direcție, punctul medical se va dispune mai aproape de eșalonul întâi al batalionului;

– răniţii uşor, după primirea ajutorului medical corespunzător, vor fi înapoiaţi la subunităţi şi se vor deplasa împreună cu acestea pe transportoarele blindate (autocamioane); evacuarea lor se va face după joncţiunea cu trupele proprii;
– răniţii gravi vor fi reţinuţi pe mijloacele de evacuare ce însoţesc punctul medical al batalionului sau pe mijloacele de transport ale batalionului, puse la dispoziţie în acest scop de către comandantul batalionului (unele mijloace de transport ale trupelor sau cele care au transportat muniţie din cadrul dispozitivului de muniţie).

Ţinând seama de faptul că batalionul va acţiona independent numai câteva ore, până la interacţiunea cu subunităţile care atacă de la front, asigurarea medicală va întâmpina greutăţi, în ceea ce priveşte evacuarea, numai în perioada respectivă. În restul timpului, asigurarea medicală se va desfăşura în concordanţă cu misiunea pe care o va primi batalionul.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat pe timpul forţării unui curs de apă

În cazul forţării din mişcare a unui curs de apă asigurarea medicală a batalionului se organizează în raionul din care porneşte batalionul pentru forţare, iar dacă forţarea cursului de apă se execută pe timpul ducerii ofensivei în adâncimea apărării inamice, asigurarea medicală se organizează încă înainte de începerea ofensivei.

Măsurile organizatorice sunt aceleaşi ca în lupta ofensivă, cu următoarele particularităţi:

Odată trecut pe malul opus, punctul medical al batalionului se instalează şi funcţionează, iniţial, în apropierea cursului de apă, la cel puţin 500 m de acesta.

Evacuarea răniţilor şi bolnavilor de la companii se face, în continuare, ca în ofensivă, iar de la punctul medical al batalionului sunt evacuaţi cu mijloacele punctului medical al brigăzii care au însoţit P.Md.B. şi cu ale acestuia la punctele de trecere. Aici răniţii sunt preluaţi de punctele medicale instalate în acest scop, trecuţi peste cursul de apă şi evacuaţi în continuare, cu mijloacele de evacuare ale etapelor medicale superioare spre acestea.

După trecerea punctului medical al brigăzii pe malul opus (când ofensiva s-a dezvoltat în adâncime de 5–7 km şi a trecut eşalonul întâi al brigăzii) evacuarea răniţilor şi bolnavilor se desfăşoară ca în lupta de ofensivă.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în lupta de ofensivă pe timp de noapte

În activitatea de asigurare medicală a batalionului, care duce lupta ofensivă pe timp de noapte, se vor întâlni o serie de particularităţi datorită vizibilităţii reduse.

În lupta dusă pe timp de noapte pierderile sanitare sunt mai reduse decât ziua datorită scăderii eficacității armamentului inamic din cauza dificultății în alegerea obiectivelor ce trebuie lovite. Posibilitățile de mascare a formațiunilor medicale sunt mai mari, iar deplasarea mijloacelor de evacuare este mai greu de observat de către inamic. Totuşi, cu ajutorul mijloacelor de vedere pe timp de noapte inamicul poate observa deplasarea mijloacelor de evacuare, fapt care impune o mascare riguroasă.

În schimb, o serie de dezavantaje, pe care le prezintă vizibilitatea redusă creează dificultăți în asigurarea medicală. Dintre acestea menționăm:

- descoperirea răniţilor pe câmpul de luptă, acordarea primului ajutor şi scoaterea lor de pe câmpul de luptă sunt dificile, necesită personal numeros şi mai multe mijloace de evacuare;
- orientarea în teren este dificilă, răniții uşor, care se deplasează pe jos, precum şi mijloacele de evacuare, se pot rătăci, iar viteza de deplasare a mijloacelor de evacuare este mult redusă;
- manevra forțelor şi mijloacelor serviciului medical, instalarea şi deplasarea formațiunilor medicale sunt mai dificile noaptea.

Când acțiunile de luptă încep la căderea întunericului, organizarea asigurării medicale se execută în timpul zilei, iar dacă ofensiva a început ziua şi continuă noaptea, măsurile de asigurare medicală pe timpul nopții se organizează în timpul luptei, ziua.

Măsurile specifice care se iau se referă la dotarea personalului sanitar şi a formațiunilor medicale cu mijloace de iluminat şi mijloace de marcare vizibile noaptea şi la modul de instalare şi funcționare a formațiunilor medicale.

Pentru marcarea răniților, a locurilor de adunare a răniților, a drumurilor de evacuare se pot folosi plăci-indicatoare fluorescente (fosforescente).

Pentru descoperirea răniților, automobilele sanitare trebuie prevăzute cu far rotativ, care să fie manevrat din interior, permițând iluminarea unor porțiuni de teren.

Pentru căutarea şi scoaterea răniților de pe câmpul de luptă grupele sanitare ale companiilor trebuie întărite cu personal auxiliar, care să lucreze în echipe chiar la nivelul plutoanelor.

Punctul medical al batalionului se apropie mai mult de subunitățile din eşalonul întâi, iar drumurile de acces şi însuşi punctul medical trebuie marcate vizibil cu indicatoare fluorescente (fosforescente).

Pentru dirijarea mijloacelor de evacuare se stabileşte un cod de semnale şi puncte de întâlnire.

În ceea ce priveşte activitatea punctului medical al batalionului, aceasta este asemănătoare cu activitatea din timpul zilei, cu deosebirea că trebuie să fie asigurate mijloacele necesare de iluminat.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în lupta de ofensivă într-o localitate

Particularitățile luptei ofensive în localități determină o serie de particularități în activitatea de asigurare medicală a batalionului de infanterie, datorită condițiilor create.

Astfel, descoperirea răniților în localități este deosebit de dificilă, deoarece observarea câmpului de luptă este limitată, iar răniții sunt răspândiți pe străzi, în curți, în clădiri, în subsoluri sau sub dărâmături. În aceste condiții, pentru descoperirea răniților și scoaterea lor din zonele în care se desfășoară luptele trebuie organizate echipe de scoatere a răniților, formate din sanitari și militari puși la dispoziție de către comandanții de subunități, care să urmeze în acțiunea lor grupele de asalt.

Locurile de adunare a răniților trebuie marcate vizibil cu mijloace obișnuite sau prin inscripții pe pereții clădirilor (semne convenționale, săgeți etc.).

Pentru scoaterea răniților de sub dărâmături sau din clădirile distruse, personalul care are această sarcină trebuie dotat cu mijloacele necesare pentru înlăturarea dărâmăturilor și pentru scoaterea răniților din locuri greu accesibile (frânghii, foi de cort, chingi etc.).

În lupta în localități, crește importanța autoajutorului și ajutorului reciproc, deoarece lupta se poate duce și pe grupe izolate, în care nu întotdeauna se va asigura personal sanitar.

Adeseori răniții vor cădea în locuri descoperite, bătute de focul armamentului de infanterie inamic (străzi, piețe). În această situație, activitatea de scoatere a răniților va trebui protejată cu perdele de fum și cu foc.

Evacuarea răniților de la locurile de adunare a răniților la punctul medical al batalionului se face ca în ofensiva în teren obișnuit, iar dacă străzile sunt blocate cu dărâmături răniții se vor transporta de către personalul sanitar și militarii puși la dispoziție, cu mijloace improvizate, până la locul unde pot ajunge mijloacele de evacuare (post de autosanitare).

Punctul medical al batalionului se va depune mult mai aproape de subunități, folosind subsolurile sau parterul clădirilor rezistente și se va marca vizibil. La instalarea punctului medical, locul trebuie cercetat minuțios pentru a nu fi minat sau să existe proiectile neexploatate. Se va prevedea posibilitatea activității independente a punctului medical al batalionului, când drumurile de evacuare spre punctul medical al brigăzii se blochează, asigurându-se lărgirea volumului ajutorului medical și reținerea răniților până apare posibilitatea evacuărilor.

Se va acorda o atenție deosebită măsurilor de prevenire a incendiilor și măsurilor de pază și apărare, întrucât se pot infiltra grupe inamice, care să atace punctul medical.

Pentru orientarea mijloacelor de evacuare se vor marca vizibil străzile pe care trebuie să se deplaseze.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în lupta de ofensivă în munți

Condițiile geografice ale terenului muntos şi caracterul luptelor duse de trupe în munți influențează în mod deosebit asigurarea medicală a trupelor.

Astfel, terenul muntos influențează numărul şi structura pierderilor sanitare. Pierderile sanitare sunt, în general, mai reduse datorită limitării utilizării armei nucleare şi armamentului greu, precum şi posibilităţilor de adăpostire şi marcare mai bune pe care le oferă terenul. Structura pierderilor sanitare prezintă unele particularități, cum ar fi creşterea proporţiei plăgilor multiple provocate de „proiectilele" secundare (pietre, aşchii de stâncă), degerăturilor şi afecţiunilor provocate de frig.

Căutarea şi scoaterea răniților de pe câmpul de luptă prezintă dificultăți din cauza limitării observării câmpului de luptă, datorită reliefului frământat şi vegetației abundente.

Pentru a uşura căutarea răniților se va folosi metoda „greblajului" sanitar, deoarece răniții pot rămâne în locuri greu accesibile.

Pentru scoaterea răniților şi gruparea lor în locurile de adunare a răniților este necesar un personal numeros, înzestrat cu mijloace speciale (frânghii, chingi, cârlige etc.).

Deoarece efortul depus de cei care transportă răniții este mai mare decât în teren de şes, datorită reliefului şi distanțelor, uneori mari (răniții trebuie grupați în apropierea drumurilor pe care se pot deplasa mijloacele de evacuare), se vor constitui echipe de 3–4 militari (sanitari şi militari puşi la dispoziție de comandanții de subunități), care să transporte răniții. De asemenea, se va folosi frecvent procedeul „ştafetei" sau „releului".

Evacuarea răniților şi bolnavilor la punctul medical al batalionului se execută ca în ofensiva dusă în teren obişnuit, dar, în cazul blocării drumurilor cu avalanşe, pietre, stânci etc., poate apărea necesitatea transportării răniților cu mijloacele improvizate până la punctul medical al batalionului. Evacuarea răniților de la companii este favorizată, în general, de distanța redusă la care se poate dispune punctul medical al batalionului.

În teren muntos, punctul medical al batalionului se dispune la 1–1,5 km de linia de contact, în apropierea drumurilor, pe căile de acces către acestea, folosind proprietățile de protecție şi de mascare ale terenului. O atenție deosebită se acordă posibilității creşterii nivelului apelor pe timpul ploilor şi topirii zăpezii, surpării stâncilor, căderii avalanşelor etc.

O importanță deosebită se va acorda întăririi detașamentului de întoarcere, care trebuie întărit cu forțe și mijloace ale serviciului medical, pentru a fi în măsură să desfășoare independent asigurarea medicală până la joncțiunea cu trupele proprii.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în lupta de ofensivă în pădure

În lupta în pădure, pierderile sanitare prin arme de foc obișnuite sunt mai mici decât pe teren obișnuit și chiar explozia nucleară produce distrugeri și victime pe o rază mai mică într-un masiv păduros. În schimb, se mărește persistența substanțelor radioactive și toxice.

Găsirea răniților este mai dificilă, datorită vegetației abundente (tufărișuri), de aceea se vor folosi greblajul sanitar și câinii sanitari.

Transportul răniților la locurile de adunare a răniților este favorizat de existența arborilor, în schimb evacuarea cu mijloacele de transport poate fi îngreuiată în sectoarele de pădure în care nu există drumuri.

Proprietățile de protecție și mascare oferite de masivul păduros permit apropierea punctului medical al batalionului de subunitățile din primul eșalon al batalionului, iar posibilitatea infiltrării grupelor inamice în flancul sau spatele batalionului impun chiar această apropiere a punctului medical.

Ritmul de înaintare a trupelor mai scăzut în pădure permite acordarea ajutorului medical în volum complet, întrucât durata staționării punctului medical în diferite locuri este mai mare.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat pe timp de iarnă

Particularitățile asigurării medicale a trupelor pe timp de iarnă rezultă din caracteristicile acestui anotimp care îngreuiază activitatea serviciului medical.

Astfel, zăpada mare face dificilă descoperirea și scoaterea răniților de pe câmpul de luptă și impune marcarea vizibilă a locurilor de adunare a răniților și a răniților izolați cu semne în contrast cu mediul. De asemenea, impune dotarea sanitarilor cu mijloace speciale, care să le permită deplasarea pe zăpadă și scoaterea răniților de pe câmpul de luptă (schiuri, săniuțe etc.).

Frigul și vântul puternic favorizează apariția degerăturilor și afecțiunilor a frigore și agravarea stării generale a hemoragiilor, crește frecvența și gravitatea șocului. De aceea trebuie luate măsuri speciale de încălzire a răniților în timpul staționării în locurile de adunare a răniților și pe timpul transportului.

Acordarea primului ajutor este dificilă sub cerul liber, iar deplasarea mijloacelor de evacuare decurge cu dificultăți din cauza zăpezii, a reducerii drumurilor practicabile și a imposibilității circulației în afara acestor drumuri.

Instalarea punctelor medicale este dificilă în afara localităților din cauza zăpezii și a solului înghețat. De aceea crește importanța localităților pentru dispunerea și funcționarea punctelor medicale.

Înghețarea apelor de suprafață îngreuiază tratarea sanitară și dezactivarea materialelor sanitaro-farmaceutice, în schimb înghețarea râurilor și locurilor permite folosirea lor ca drumuri de evacuare.

Scurtarea timpului de lumină face ca majoritatea acțiunilor de luptă să se ducă în condiții de vizibilitate redusă, fapt ce impune ca majoritatea activității de asigurare medicală să se desfășoare în condiții grele.

Datorită dificultăților de deplasare pe zăpadă, precum și posibilităților infiltrării trupelor inamice în dispozitivul de luptă, punctul medical al batalionului se dispune mai aproape de subunitățile din primul eșalon.

În condiții de iarnă, punctul medical al batalionului și grupele sanitare ale companiilor trebuie dotate cu mijloace specifice activității, ca exemplu:

- halate de camuflaj albe și cearceafuri pentru mascarea personalului și mijloacelor de transport;
- schiuri pentru personalul sanitar;
- tărgi pe schiuri, sănii pentru transportul răniților;
- mijloace pentru încălzirea răniților (pături, saci îmblăniți, pâslari, termofoare chimice, bidoane cu ceai cald etc.);
- mijloace pentru încălzirea încăperilor în care este instalat punctul medical;
- mijloace pentru protecția materialelor sanitaro-farmaceutice împotriva frigului (lăzi termogene, ambalaje speciale).

Medicul batalionului trebuie să ia toate măsurile pentru asigurarea scoaterii rapide a răniților de pe câmpul de luptă și evacuarea lor la punctul medical al batalionului, în care scop va cere comandantului de batalion sprijin în această activitate.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în lupta de apărare

Particularitățile asigurării medicale în apărare

Caracteristicile organizării și ducerii luptei de apărare determină o serie de particularități în asigurarea medicală. Astfel, timpul de care dispune pentru organizarea asigurării medicale poate fi scurt, în cazul trecerii în grabă la apărare în contact cu inamicul, sau poate fi îndelungat, în cazul unei apărări dinainte pregătite, în afara contactului cu inamicul.

Pierderile sanitare prin arme clasice sunt relativ mici (față de lupta în ofensivă), datorită adăpostirii trupelor în lucrări genistice, în schimb pierderile prin arma nucleară pot fi foarte mari, din cauza utilizării masive a acesteia de către inamic.

La scoaterea răniților de pe câmpul de luptă există dificultăți, datorită focului intens inamic și a tranșeelor și adăposturilor avariate sau distruse. În schimb,

transportul răniţilor la locul de adunare a răniților se face protejat, prin folosirea tranşeelor şi şanţurilor de comunicaţie.

Recunoaşterea sanitară se poate executa în condiţii bune, dispunându-se uneori de timp suficient şi teritoriul fiind mai bine cunoscut.

Dispunerea dispersată a trupelor în cadrul raionului de apărare face ca drumurile de evacuare să fie mai lungi, crescând durata evacuării.

Formaţiunile medicale se instalează în adăposturi, pentru realizarea cărora este nevoie de timp, personal şi unelte.

Datorită posibilităţii pătrunderii inamicului în dispozitivul de apărare, la organizarea asigurării medicale trebuie să se țină cont de următoarele:

- dispunerea etapelor medicale se va face pe direcţia interzisă (inaccesibilă) pentru tancuri şi blindate;
- formaţiunile medicale trebuie să fie pregătite în permanenţă pentru deplasarea în raionul de rezervă sau în alte locuri şi trebuie să fie pregătite pentru a desfăşura activitatea în condițiile încercuirii;
- în activitatea medicală se pune accentul pe evacuarea rapidă a răniților şi bolnavilor, volumul ajutorului medical putând fi complet (pe deplin) - în cazul unei apărări stabile, redus - când inamicul reuşeşte să pătrundă la dispozitivul de apărare, şi lărgit - în cazul luptei în încercuire.

Organizarea asigurării medicale a batalionului de infanterie motorizat

Sarcina principală a asigurării medicale a batalionului în lupta de apărare este organizarea acordării în cel mai scurt timp a primului ajutor în cadrul companiilor şi evacuarea rapidă a răniţilor şi bolnavilor la punctul medical al batalionului, unde, după primirea ajutorului medical de urgenţă, ei sunt pregătiţi pentru evacuare mai departe.

În lupta de apărare, batalionul poate avea pierderi sanitare crescute în următoarele condiţii:

- pe timpul pregătirii de foc a inamicului şi în urma loviturilor nucleare ale acestuia;
- pe timpul ducerii luptei în faţa limitei dinainte a apărării;
- pe timpul ducerii luptei în interiorul raionului de apărare;
- pe timpul respingerii (lichidării) inamicului pătruns în dispozitivul de apărare al batalionului (pe timpul contraatacului);
- pe timpul ruperii luptei şi retragerii, când aceasta se ordonă.

În organizarea asigurării medicale, medicul batalionului va desfăşura activităţi obişnuite, dar cu o serie de particularităţi.

Astfel, recunoaşterea sanitară are o importanţă deosebită şi trebuie executată minuţios. În cadrul recunoaşterii sanitare se urmăresc următoarele obiective:

- alegerea căilor de evacuare de la companii, ascunse de observarea terestră a inamicului;
- alegerea locului pentru postul de autosanitare, când mijloacele de evacuare nu pot ajunge până la locurile de adunare a răniților;
- alegerea locului pentru dispunerea punctului medical al batalionului și a locului de rezervă.

Postul de autosanitare se stabilește în sprijinul companiei la care nu pot ajunge mijloacele de transport ale punctului medical al batalionului din cauza terenului deschis şi a focului inamic intens. În această situație transportul răniților la postul de autosanitare se face prin grija medicului batalionului, cu sanitari şi militari puși la dispoziție de comandantul batalionului.

Punctul medical al batalionului se dispune la distanța de până la 3 km de limita dinainte a apărării, de regulă, la înălțimea eșalonului doi (rezervei) al batalionului, într-o porțiune de tranșee acoperită sau într-un adăpost de tip ușor.

Locul de rezervă se alege la distanța de 1-2 km în urma locului inițial.

În cadrul analizei situației, la aprecierea volumului pierderilor sanitare probabile se ține seama de următoarele date:

- pierderile sanitare prin arme de foc se pot ridica într-o zi de luptă, în medie, la 10-20% din efectiv;
- pierderile sanitare prin arma nucleară vor depinde de numărul loviturilor nucleare pe care le poate utiliza inamicul asupra batalionului: 1-2 lovituri de calibru mic (3-15 kt) și 1-2 lovituri de microcalibru (0,1-1 kt), precum și de gradul adăpostirii: se poate considera că o lovitură nucleară de calibru mic poate produce 100-120 pierderi sanitare, iar o lovitură nucleară de microcalibru - 20-25 pierderi sanitare;
- pierderile sanitare prin arma chimică pot fi de 6-10% din efectiv, în funcție de gradul adăpostirii și de modalitatea înștiințării (gradul de surprindere).

În planificarea asigurării medicale se va pune accentul pe organizarea evacuării rapide a răniților și bolnavilor de la companii, folosind atât mijloacele de evacuare medicală (automobile sanitare), cât și mijloacele nespecializate, care pot fi puse la dispoziție de către comandantul batalionului.

Pentru scoaterea rapidă a răniților de pe câmpul de luptă, la cererea medicului batalionului, comandanții de subunități vor pune la dispoziția comandanților grupe sanitare militare care vor îndeplini sarcinile de brancardieri.

De asemenea, la organizarea asigurării medicale trebuie să se țină seama de necesitatea întăririi cu personal sanitar și materiale sanitaro-farmaceutice a subunităților care contraatacă, precum și a subunităților care, în funcție de condițiile de teren și de situația creată, luptă independent, izolat de forțele principale ale batalionului.

Întrucât în apărare batalionul de infanterie poate primi ordinul de retragere, trebuie luate din timp măsurile necesare pentru asigurarea medicală a încetării (întreruperii) luptei şi retragerii.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat pe timpul ducerii luptei de apărare

Pe timpul ducerii luptei de apărare, principalele activităţi, care se desfăşoară pe linia asigurării medicale, sunt următoarele:

– evacuarea răniţilor şi bolnavilor de la companii;
– acordarea ajutorului medical;
– pregătirea răniţilor şi bolnavilor pentru evacuarea la etapa medicală următoare;
– deplasarea punctului medical al batalionului, când situaţia impune aceasta.

Evacuarea răniţilor şi bolnavilor de la companii se face în felul următor:

– de la locurile de adunare a răniţilor, dacă mijloacele de evacuare pot ajunge la acestea, răniţii sunt evacuaţi cu aceste mijloace la punctul medical al batalionului;
– dacă mijloacele de evacuare nu se pot apropia de locurile de adunare a răniţilor, se organizează posturi de autosanitare; până la aceste posturi, răniţii sunt transportaţi prin grija medicului batalionului de către personalul sanitar şi militarii repartizaţi în acest scop, iar de aici sunt evacuaţi cu mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului. În această situaţie transportul răniţilor de la punctul sanitar se face prin tranşee şi şanţuri de comunicaţie, şi pe căi ferite de focul inamic;
– răniţii uşor, care se pot deplasa singuri, pot urma aceeaşi cale de evacuare, în limita locurilor disponibile în mijloacele de evacuare, dar, punctul medical al batalionului fiind la distanţă relativ mică, aceşti răniţii se pot deplasa pe jos, prin tranşee şi şanţuri de comunicaţie, şi pe drumuri ascunse faţa de observarea inamicului.

La punctul medical al batalionului se acordă ajutor medical de urgenţă, după indicaţiile vitale, se corectează imobilizările şi pansamentele deranjate pe timpul transportului, se verifică garourile, se administrează analgezice, antibiotice etc., după care răniţii sunt îmbarcaţi în mijloacele de evacuare ale punctului medical al brigăzii şi se evacuează la acesta. Ajutorul medical ce se acordă la punctul medical al batalionului trebuie să asigure ajungerea răniţilor la etapa medicală următoare fără să se agraveze starea generală.

Pot exista situaţii (în munţi, de exemplu) în care evacuarea răniţilor de la punctul medical al batalionului poate fi executată direct la spitalul de linia I de divizie (armată), în cazul în care mijloacele de evacuare ale diviziei sunt trimise până la punctul medical al batalionului.

Dacă în timpul luptei terenul pe care este instalat punctul medical al batalionului este contaminat cu substanțe radioactive, toxice sau cu mijloace bacteriene, precum şi atunci când punctul medical este reperat de inamic sau inamicul a pătruns în dispozitivul de apărare al batalionului şi ameninţă să ajungă la punctul medical, acesta se va muta pe locul de rezervă, cu aprobarea comandantului de batalion. Deoarece punctul medical al batalionului, în această situație, nu va face deplasări lungi (1–2 km), evacuarea răniților de la companii, pe timpul deplasării punctului medical, se va face la noul loc de dispunere. Practic, mijloacele de evacuare vor ajunge din urmă punctul medical, pe care îl vor însoţi până la noul loc de dispunere, unde se va începe imediat activitatea de triere, acordare a ajutorului medical şi pregătirea pentru evacuare.

Ori de câte ori este necesar, medicul batalionului raportează comandantului de batalion situaţia medicală şi cere sprijin pentru evacuarea răniților, de asemenea, raportează situația, cerând sprijin, la nevoie, medicului-şef al brigăzii.

La sfârşitul zilei de luptă, medicul batalionului raportează atât comandantului de batalion, cât şi medicului-şef al brigăzii bilanţul activităţii medicale (sinteza medicală), făcând propuneri pentru organizarea asigurării medicale în perioada următoare.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat care se apără pe un curs de apă

Când batalionul de infanterie se apără pe malul propriu, asigurarea medicală se organizează și se desfăşoară în mod obişnuit.

Când batalionul se apără într-un cap de pod, punctul medical al batalionului se dispune la distanța obişnuită, dar la minimum 300–500 m de cursul de apă. Evacuarea răniţilor până la punctul medical al batalionului se face în mod obişnuit; evacuarea de la acesta se face prin grija medicului-șef al brigăzii. Uneori, când deplasarea mijloacelor de evacuare ale brigăzii peste cursul de apă nu este posibilă, mijloacele de evacuare ale punctului medical al batalionului (care este întărit de către medicul-şef al brigăzii) vor transporta răniţii la punctele medicale de trecere peste cursul de apă, organizate prin grija medicului-șef al brigăzii.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat care se apără în localitate

În cazul apărării în localitate, volumul pierderilor sanitare poate fi mai mare decât în teren obişnuit, iar în structura pierderilor sanitare predomină leziunile grave şi de gravitate medie, întâlnindu-se frecvente cazuri cu sindrom de zdrobire, leziuni cranio-cerebrale şi vertebro-medulare, numeroşi răniţi în stare de şoc, precum şi cu arsuri.

Pentru organizarea în bune condiţii a scoaterii răniţilor de pe câmpul de luptă şi a evacuării lor rapide la punctul medical al batalionului, acesta se va dispune mai aproape de subunităţi, folosind subsolurile şi parterul clădirilor rezistente. Locurile de adunare a răniţilor şi căile de evacuare trebuie bine marcate, pentru ca răniţii care se deplasează şi personalul sanitar care-i transportă să se poată orienta uşor.

Pentru căutarea răniţilor se formează echipe de sanitari şi militari (luptători) din subunitatea respectivă, care cunosc bine locurile (clădirile) în care se duce lupta, dotate cu chingi, frânghii, scări de frânghie, unelte pentru înlăturarea dărâmăturilor etc. Transportul răniţilor nu se va face pe străzi expuse focului inamic şi prin pieţi, ci prin curţi, grădini, clădiri dărâmate, ferite de focul inamic.

Dacă evacuarea de la punctul medical al batalionului nu se poate executa, datorită blocării străzilor cu dărâmături şi a focului inamic intens, răniţii vor fi reţinuţi la punctul medical, lărgindu-se volumul ajutorului medical.

În lupta de apărare în localitate măsurile sanitaro-igienice, în special cele respective, au o importanţă deosebită datorită dificultăţilor în aprovizionarea cu apă şi canalizare, neevacuării gunoaielor, prezenţei cadavrelor umane şi de animale sub dărâmături, posibilităţii acţiunilor diversioniste etc.

Deoarece lupta se duce pe direcţii separate, pe cartiere, conducerea asigurării medicale se confruntă cu dificultăţi, de aceea medicul batalionului trebuie să dea dovadă de iniţiativă şi hotărâre în asigurarea medicală.

De asemenea, datorită faptului că la apărarea localităţilor participă şi subunităţi ale gărzilor patriotice, colaborarea cu formaţiunile medicale ale acestora şi cu populaţia civilă constituie un avantaj, subunităţile putând fi ajutate în căutarea şi transportul răniţilor. Totodată, medicul batalionului va trebui să acorde ajutor medical şi răniţilor din subunităţile de gărzi patriotice care vin la punctul medical, şi chiar populaţiei civile din raionul de apărare al batalionului.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat care se apără în munţi

Condiţiile de teren, meteorologice şi de luptă în apărare în munţi imprimă o serie de particularităţi asigurării medicale a batalionului.

Astfel, datorită terenului frământat şi vegetaţiei bogate (tufărişuri), căutarea şi scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă este mai dificilă decât în teren obişnuit. De aceea, în munţi se vor forma echipe din 2–3 sanitari şi luptători care vor căuta răniţii şi-i vor transporta la locurile de adunare a răniţilor, folosind mijloace din dotare (chingi) şi improvizate (frânghii, scripeţi etc.). Pe timpul transportului răniţii vor fi înveliţi cu pături sau se vor folosi termofoare chimice pentru încălzire.

Dacă mijloacele de evacuare nu pot ajunge la locurile de adunare a răniţilor, medicul batalionului va organiza transportul lor cu sanitari şi luptători puşi la dispoziţie de comandantul batalionului, până la locurile la care ajung mijloacele de evacuare sau chiar până la punctul medical al batalionului, prin metoda ştafetei (releului).

Punctul medical al batalionului se va dispune mai aproape de subunităţile din eşalonul întâi, folosind acoperirile, grotele, peşterile etc. şi organizând minuţios observarea şi paza punctului medical, existând posibilitatea infiltrării inamicului pe flancurile şi în spatele dispozitivului de luptă. La instalarea punctului medical se va ţine seama de posibilitatea inundării locului de dispunere în timpul ploilor şi a avalanşelor pe timp de iarnă. De regulă, punctul medical se va dispune în apropierea drumurilor, pentru a avea acces mijloacele de evacuare.

Evacuarea de la punctul medical al batalionului se execută la punctul medical al regimentului cu mijloacele acestuia, iar uneori, în funcţie de teren, se poate face la spitalul de linia I de divizie (armatei).

Deoarece în munţi există posibilitatea ca batalionul de infanterie să fie încercuit, punctul medical al batalionului trebuie să fie în măsură să reţină răniţii şi bolnavii, lărgind ajutorul medical, până apare posibilitatea evacuării răniţilor.

De asemenea, întrucât unele subunităţi pot acţiona relativ izolat de forţele principale (datorită terenului), grupele sanitare trebuie asigurate suplimentar cu materialele sanitare necesare.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat care se apără în pădure

În cazul apărării în pădure, cercetarea răniţilor este îngreuiată de existenţa vegetaţiei, în schimb transportul lor se face mai protejat, datorită arborilor care reduc observarea inamicului.

Evacuarea răniţilor de la locurile de adunare a lor se face pe drumurile existente, iar dacă mijloacele de evacuare nu pot ajunge până la companii se va organiza transportul răniţilor până la postul de autosanitare prin grija medicului batalionului.

Punctul medical al batalionului se poate dispune mai aproape de subunităţi, dar medicul batalionului va trebui să ia măsuri de pază şi apărare, întrucât există posibilitatea infiltrării inamicului.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat în apărare pe timp de iarnă

Iarna se va acorda o atenţie deosebită scoaterii rapide a răniţilor de pe câmpul de luptă şi evacuării lor la punctul medical al batalionului. În tot acest timp răniţii trebuie protejaţi împotriva frigului, folosind pături, termofoare chimice,

ceai cald etc. Aceasta se poate realiza prin întărirea grupelor sanitare cu luptători puşi la dispoziţie de către comandanţii de subunităţi şi prin asigurarea deplasării permanente a mijloacelor de evacuare (asigurarea cu mijloacele de deszăpezire).

Punctul medical al batalionului se va dispune într-un adăpost încălzit.

Pentru activitatea de scoatere a răniţilor de pe câmpul de luptă şi transportarea lor la locurile de adunare a răniţilor sau la posturile de autosanitare se vor folosi sănii pe schiuri, sănii improvizate, iar personalul va folosi halate albe de camuflaj.

Asigurarea medicală a batalionului de infanterie motorizat pe timpul ruperii luptei şi retragerii

Activitatea de asigurare medicală, în cazul ruperii luptei şi retragerii, se desfăşoară în condiţii complexe, determinate de faptul că retragerea are loc în plină activitate de asigurare medicală, pierderile sanitare sunt mari, iar la punctul medical al batalionului, ca şi în cadrul companiilor, pot exista răniţi neevacuaţi.

În această situaţie sarcina principală a medicului batalionului este organizarea strângerii şi scoaterea răniţilor de pe câmpul de luptă, şi evacuarea lor. Pentru evacuare se folosesc toate mijloacele de evacuare, precum şi mijloacele de transport puse la dispoziţie de comandantul batalionului. Unii răniţi sunt scoşi şi transportaţi de militarii din subunităţile care se retrag, pe mijloacele de transport ale subunităţilor.

Medicul batalionului va trebui să întărească cu personal subunitatea care acoperă retragerea şi să-i pună la dispoziţie chiar mijloacele de evacuare, pe care se vor transporta răniţii când această subunitate va rupe lupta şi se va retrage.

Retragerea, executându-se, de cele mai multe ori, noaptea, evacuările vor trebui minuţios organizate.

Inevitabil, va avea loc o reducere importantă a volumului ajutorului medical la punctul medical al batalionului, aici executându-se controlul răniţilor şi numai în cazuri deosebite acordându-se ajutor medical.

În retragere, punctul medical al batalionului se deplasează în capul coloanei batalionului şi după ajungerea pe aliniamentul ordonat se dispune în teren ca în apărare. Pe timpul retragerii, răniţii primesc primul ajutor în cadrul subunităţii (pe maşini, dacă retragerea se face pe mijloacele de transport) şi se deplasează cu subunitatea până la aliniamentul retragerii, de unde sunt evacuaţi la punctul medical al batalionului. Medicul batalionului, în această situaţie, va trimite mijloacele de evacuare la locul în care va fi dispus eşalonul de transport, pentru a ridica şi evacua răniţii din mijloacele cu care au fost transportaţi pe timpul retragerii.

ASIGURAREA MEDICALĂ A BRIGĂZII DE INFANTERIE MOTORIZATĂ ÎN LUPTA DE APĂRARE

Generalităţi

Apărarea este forma de luptă de bază care se adoptă în scopul: respingerii ofensivei inamicului şi interzicerii pătrunderii acestuia în dispozitivul de apărare; menţinerii aliniamentelor, raioanelor şi poziţiilor ocupate; producerii de pierderi cât mai mari inamicului pentru slăbirea continuă a capacităţii de luptă; limitării pătrunderii în adâncime şi sporirii ofensivei acestuia, precum şi pentru a câştiga iniţiativa, creând condiţii favorabile trecerii la ofensivă.

Apărarea dă posibilitatea de a câştiga timp, a economisi forţe şi mijloace pe unele direcţii şi a crea condiţii pentru trecerea la ofensivă pe alte direcţii sau chiar pe direcţia pe care s-a trecut temporar la apărare.

Scopurile apărării se realizează prin: organizarea temeinică a acţiunilor de luptă ale subunităţilor militare şi celorlalte elemente ale sistemului naţional de apărare pentru îndeplinirea în comun a misiunilor primite; angajarea la posibilităţile maxime a tuturor forţelor şi mijloacelor existente pe direcţiile principale de acţiune ale inamicului; hărţuirea permanentă a agresorului; manevra oportună de foc, forţe şi mijloace; amenajarea genistică a raioanelor de apărare (punctelor de sprijin) care să interzică direcţiile de pătrundere, folosind avantajele terenului; organizarea sistemului de foc al tuturor categoriilor de armament, în special al celui împotriva blindatelor, combinat cu barajele de tot felul; organizarea raioanelor de apărare pe puncte tari de teren, capabile să reziste la încercuire şi să angajeze în jurul lor forţe cât mai numeroase ale inamicului; luarea măsurilor pentru prevenirea acţiunilor prin surprindere; menţinerea unei cooperări permanente în cadrul subunităţilor, cu subunităţile vecine şi cu celelalte formaţiuni de apărare subordonate; asigurarea la timp a subunităţilor cu materialele necesare şi conducerea continuă şi fermă a acestora.

În îndeplinirea scopurilor apărării un rol important revine structurii acesteia, ale cărei elemente principale sunt: amenajarea genistică, dispozitivul de luptă şi sistemul de foc.

Apărarea trebuie sa fie stabilă, fermă şi activă, capabilă să reziste loviturilor aviaţiei, rachetelor şi focului artileriei, să respingă atacurile cu mijloacele blindate, să nimicească desantul aerian şi trupele aeromobile; în cazul pătrunderii inamicului în interiorul apărării să-l nimicească în timp scurt.

Pentru îndeplinirea misiunilor de luptă în adâncimea apărării proprii apărarea trebuie să coopereze frecvent cu subunităţile şi formaţiunile din apărarea teritorială, sprijinindu-se reciproc, în executarea cercetării, apărarea unor obiective importante, nimicirea desantului aerian şi a subunităţilor aeromobile, nimicirea grupurilor de cercetare-diversiune şi teroriste, lichidarea urmărilor atacurilor

executate cu armele de nimicire în masă şi mijloacele incendiare; hărţuirea permanentă a inamicului pătruns pe teritoriul naţional.

Trecerea la apărare poate avea loc în contact nemijlocit sau în afara contactului cu inamicul.

Când se trece la apărare în contact nemijlocit cu inamicul lupta se pregăteşte în timp scurt, concomitent cu ducerea acţiunilor în curs de desfăşurare.

Trecerea la apărare în afara contactului cu inamicul favorizează realizarea amenajării genistice a terenului, dispozitivului de luptă şi organizarea sistemului de foc.

Pentru îndeplinirea misiunilor de luptă brigada adoptă dispozitivul de luptă (de apărare).

Dispozitivul de luptă al brigăzii este gruparea unităţilor, subunităţilor, mijloacelor proprii, precum şi a unităţilor, subunităţilor şi formaţiunilor de apărare teritorială pentru ducerea luptei. El trebuie sa corespundă concepţiei luptei care urmează să aibă loc, să fie suplu, variat, greu de identificat şi să inducă în eroare inamicul asupra valorii şi dispunerii forţelor şi mijloacelor.

În lupta de apărare dispozitivul de luptă al brigăzii se constituie pe unul, două sau trei eşaloane, cu forţele principale în eşalonul întâi sau în adâncime. Când brigada nu-şi constituie eşalonul doi are o rezervă. Eşalonul doi (rezerva), după ce a fost introdus în luptă, trebuie să fie reconstituit în cel mai scurt timp.

Plutonul primeşte pentru apărare un punct de sprijin, compania – un punct de sprijin, batalionul – un raion de apărare, regimentul – un sector de apărare, brigada – o fâşie de apărare.

Lărgimea fâşiei de apărare (raionului de apărare, punctului de sprijin) şi adâncimea ei (lor) se stabilesc în funcţie de: situaţia şi condiţiile de trecere la apărare; valoarea, natura şi caracterul acţiunilor inamicului; compunerea de luptă şi misiunea brigăzii; caracteristicile terenului.

Condiţiile de activitate ale serviciului medical în apărare (defensivă)

Apărarea se caracterizează printr-o stare de încordare înaltă a situaţiei de luptă, cu hotărârea deplină a părţilor de a-şi realiza misiunile.

Asigurarea medicală a trupelor în lupta de apărare este condiţionată de mulţi factori, totalitatea cărora şi prezintă condiţiile de activitate ale serviciului medical. Din totalitatea acestor factori specifici pentru lupta de apărare o semnificaţie deosebită în organizarea asigurării medicale şi în starea de sănătate a efectivului trupelor au:

a) rolul şi locul brigăzii în dispozitivul de luptă al brigăzii (corpului de armată). Brigada poate fi în eşalonul întâi ori doi, ori rezervă a dispozitivului de luptă, în direcţia loviturii principale a inamicului sau în direcţia secundară.

Evident, brigada, care se află în eşalonul întâi, în direcţia loviturii principale a inamicului va avea mai multe pierderi sanitare, iar formaţiunile medico-mili-

tare ale acestor unități și mari unități vor avea un volum mai mare de lucru și se vor afla într-o stare mai dificilă;

b) modul de trecere în apărare. În cazul luptei de apărare a trupelor care se afla în contact nemijlocit cu inamicul condițiile de activitate vor fi extrem de grele, având în vedere planificarea asigurării medicale și pregătirea formațiunilor medico-militare, care se efectuează în cazul dat în aceeași vreme (paralel) cu asigurarea medicală reală.

În situația când trupele trec la apărare în afara contactului cu inamicul, situația este mai favorabilă, datorându-se faptului existentei unui termen de a efectua toate măsurile de planificare a asigurării medicale și pregătirii formațiunilor medico-militare pentru lucru;

c) suprafața mare a raionului (fâșiei) de luptă a batalionului (brigăzii). Aceasta duce la dispersarea trupelor pe terenul de luptă și consecutiv a formațiunilor medico-militare. Astfel se înrăutățește (îngreunează) dirijarea forțelor și a mijloacelor serviciului medical în timpul luptei;

d) în lupta de apărare trupele militare se vor găsi mai mult timp pe terenul de luptă comparativ cu lupta de ofensivă, fapt ce, bineînțeles, agravează situația sanitaro-igienică și sanitaro-epidemiologica a terenului și efectivului. Evident, în cazul dat pot să apară boli transmisibile. Condiția numită necesită ca serviciul medical să efectueze un complex de măsuri corespunzătoare (de profilaxie și antiepidemice);

e) posibilitatea pătrunderii inamicului în dispozitivul de luptă al batalionului (brigăzii) în unele direcții unde inamicul va avea superioritate în forțe și mijloace. Aceasta din urmă necesită scoaterea cât mai rapidă a răniților și bolnavilor de pe câmpul de luptă, acordarea timpurie a primului ajutor și transportarea lor la etapele medicale. În cazurile date va fi necesară întărirea formațiunilor medico-militare ale eșalonului întâi cu forțe și mijloace în vederea acordării primului ajutor și evacuării răniților și bolnavilor;

f) în lupta de apărare inamicul va folosi desanturi aeriene tactice, grupe de cercetare și diversiuni în fâșia de apărare a brigăzii. Aceasta din urmă dictează necesitatea organizării siguranței și apărării etapelor medicale, răniților și bolnavilor în timpul evacuării lor;

g) apărarea se caracterizează, după cum a fost accentuat mai sus, cu o activitate majoră de luptă, cu efectuarea unor contraatacuri asupra inamicului, ce impune o planificare detaliată a organizării asigurării medicale a subunităților și unităților cu care se va efectua contraatacul;

h) posibilitatea folosirii de către inamic a armelor de nimicire în masă, ce necesită ca serviciul medical să fie permanent pregătit în vederea acordării asistenței medicale răniților și bolnavilor într-un număr mare (pierderi în masă) cu

specificul patologiei corespunzătoare, de creare a unei rezerve de forţe şi mijloace, de efectuare a amenajării genistice a etapelor medicale ş.a.;

i) ca o condiţie principală care are un rol deosebit de important în asigurarea medicală a batalionului şi brigăzii în apărare este posibilitatea încercuirii trupelor, care impune întărirea subunităţilor si unităţilor ce sunt în primejdie de încercuire cu forţe şi mijloace medicale suplimentare;

j) volumul pierderilor sanitare, care în mare măsură depind de armamentul folosit, va avea o influenţă directă asupra modului de organizare a asigurării medicale a trupelor.

Având analiza experienţei celui de-al Doilea Război Mondial şi, reieşind din asigurarea armatelor unor state cu mijloace moderne de luptă, savanţii mai multor state au ajuns la concluzia că: în condiţiile efectuării acţiunilor militare numai cu utilizarea a.n. „arme obişnuite" în apărare pierderile sanitare în brigăzile de infanterie motorizată pot constitui 10–15% din efectivul ei; în cazul când acţiunile de luptă se duc cu toate mijloacele de luptă, inclusiv, arme de nimicire în masă, pierderile sanitare ale brigăzii în apărare pot atinge 20–40% şi mai mult din efectiv, dintre care prin „armă obişnuită" - 6–10% din efectiv; prin arme chimice - 3–8% ; prin armament nuclear - în raport cu posibilitatea inamicului de a folosi un număr oarecare de aşa armament.

Se presupune, că inamicul, având la dispoziţie aşa armament pe parcursul zilei de luptă, poate folosi în fâşia brigăzii mai multe lovituri cu arme nucleare de calibru mic sau micro, dintre care circa 50% - de calibru micro.

Experienţele promovate în perioada de după cel de-al Doilea Război Mondial şi studiile ştiinţifice în aceste probleme au condus la concluzia, că în medie pierderile sanitare ale brigăzii pot fi:

- ca urmare a unei lovituri cu armament nuclear de calibru micro - 20–25 de răniţi;
- de calibru mic - 100–150 de răniţi;
- de calibru mediu - cca 400 de răniţi.

Deci, având la dispoziţie date concrete privind posibilitatea inamicului de a folosi în luptă armamentul nuclear (prin datele recunoaşterii sau statului major al brigăzii etc.), apare posibilitatea de a calcula pierderile sanitare prin armamentul nuclear.

Bolnavii (ca pierderi sanitare) în lupta de apărare vor constitui 0,1–0,2% din efectiv.

Activitatea serviciului medical al batalionului şi brigăzii de infanterie motorizată în perioada pregătirii luptei de apărare

Acţiunea condiţiilor, în care se desfăşoară activitatea serviciului medical în lupta de apărare, poate fi redusă prin promovarea unor măsuri preventive, care se efectuează încă în timpul pregătirii de apărare:

- planificarea asigurării medicale a brigăzii în lupta de apărare (adoptarea hotărârii de asigurare medicală, pregătirea hărţii de lucru, dispoziţii pentru serviciul medical);
- efectuarea unei grupări de forţe şi mijloace ale serviciului medical până la începerea acţiunilor de luptă;
- completarea serviciului medical cu forţe şi mijloace ce lipsesc în conformitate cu statutul şi dotarea serviciului medical;
- primirea forţelor şi mijloacelor de întărire de la şeful superior al serviciului medical şi repartizarea lor subunităţilor medicale subordonate;
- întărirea subunităţilor medicale subordonate cu forţe şi mijloace medicale;
- crearea rezervelor de forţe şi mijloace ale serviciului medical;
- efectuarea recunoaşterii medicale a terenului de luptă;
- amenajarea genistică a etapelor medicale;
- instruirea medico-militară a efectivului brigăzii;
- instruirea efectivului serviciului medical în privinţa pregătirii şi efectuării asistenţei medicale în lupta de apărare;
- efectuarea măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice în conformitate cu situaţia creată;
- efectuarea măsurilor medicale de protejare contra armelor de nimicire în masă;
- uneori se efectuează tratarea sanitară, vaccinarea efectivului în conformitate cu indicaţiile epidemice etc.

Dintre măsurile menţionate o importanţă deosebită au planificarea asigurării medicale, despre care vom vorbi mai târziu, şi efectuarea grupării de forţe şi mijloace ale serviciului medical până la începerea luptei. A efectua o grupare de forte şi mijloace medicale privind lupta de apărare a brigăzii de infanterie motorizata înseamnă:

- a pregăti postul medical al companiei;
- a pregăti postul mijloacelor de transport sanitar auto (în batalion).
- a pregăti (instala) punctele medicale ale batalioanelor;
- a instala punctul medical al brigăzii;
- a repartiza mijloacele de adunare şi scoatere a răniţilor de pe câmpul de luptă dintre subunităţile medicale subordonate şi a le întări cu forţe şi mijloace;
- a crea rezerve de forţe şi mijloace medicale;
- a amenaja terenul de rezervă pentru instalarea punctului medical al brigăzii.

Postul medical al companiei (P.M.C.) se instalează într-un adăpost uscat (groapă de bombe, cratere etc.), care se amenajează cu apă, mijloace de prim ajutor, pentru a concentra răniţii şi bolnavii în caz de întrerupere a evacuării medicale (încercuirea companiei, pătrunderea unor grupări separate ale inamicului

în spatele companiei, izolarea cu foc a zonei acțiunilor de luptă). Instructorul instalează P.M.C. sanitar al companiei în apropierea punctului de comandă-observare al comandantului companiei.

Postul mijloacelor de transport sanitar reprezintă un teren ascuns pentru observarea inamicului, în apropierea nemijlocită a căruia trec drumuri de aprovizionare şi evacuare. La acest post se află maşini sanitare auto ale punctului medical al batalionului pentru a evacua „la sine" răniţii şi bolnavii din companie. Astfel de posturi sunt prevăzute în direcţia fiecărei companii a eşalonului întâi al batalioanelor şi se instalează de către instructorul-sanitar al punctului medical al batalionului pentru a scurta braţul de scoatere a răniţilor şi bolnavilor.

Punctele medicale ale batalioanelor ce se află în primul eşalon al brigăzii în apărare se instalează la o distanţă de 2–2,5 km de la linia frontului într-un adăpost artificial (nu are corturi în dotare).

Punctul medical al batalionului din eşalonul doi al brigăzii nu se instalează. Punctul medical al brigăzii în apărare se instalează la o distanţă de 10–12 km de la linia frontului, într-o parte de direcţia loviturii principale şi a pătrunderii tancurilor inamicului. La 6–8 km ulterior se amenajează un teren de rezervă pentru instalarea acestuia în caz de necesitate.

Repartizarea forţelor şi mijloacelor medicale între batalioane se efectuează din timp şi are scopul de a majora eforturile, precum şi de a micşora timpul strângerii şi evacuării răniţilor şi bolnavilor.

În principiu, se repartizează sanitarii, transportul auto sanitar şi mijloacele de înzestrare pentru a acorda răniţilor si bolnavilor ajutorul corespunzător. Aceste forţe şi mijloace rămân în dispoziţia medicului-şef al brigăzii, care în cazul schimbării situaţiei poate lua o altă decizie în folosirea forţelor şi mijloacelor repartizate. Forţele şi mijloacele de întărire se trimit în dispoziţia serviciului medical al batalionului, de exemplu pe toată ziua (perioada) de luptă.

În rezerva de forţe şi mijloace medicale se includ sanitari, instructori-sanitari, autosanitare, materiale medico-sanitare şi medicamente (deseori, chiar şi subunităţi ale serviciului medical), ce se află în subordonarea nemijlocită a şefului serviciului medical şi pot fi folosite numai prin ordinul acestuia.

Rezerva şefului serviciului medical se află în dispoziţia punctului medical al brigăzii şi se foloseşte în scopul rezolvării unor misiuni neprevăzute.

În perioada de pregătire pentru asigurarea medicală a brigăzii în luptă se efectuează recunoaşterea medicală, care constă în obţinerea informaţiei despre starea social-economică a raionului de luptă, condiţiile terenului şi localităţilor, care ar putea influenta asupra stării de sănătate a trupelor și asupra organizării asigurării medicale în companie, cât și în obţinerea datelor despre sursele locale, care pot fi folosite în interesele serviciului medical. Recunoaşterea medicală include două forme:

- recunoaşterea medico-tactică;
- recunoaşterea sanitaro-epidemiologică.

Recunoaşterea medico-tactică urmăreşte scopul de a obţine date precise privind condiţiile şi posibilităţile locale, care pot influenţa asupra modului de organizare a tratamentului şi evacuării răniţilor şi bolnavilor.

Recunoaşterea medico-tactică are ca obiective:

- studierea condiţiilor terenului şi a posibilităţilor locale în scopul de a găsi locuri cât mai potrivite pentru desfăşurarea (instalarea) formaţiunilor medicale;
- cunoaşterea şi stabilirea căilor scoaterii şi evacuării răniţilor şi bolnavilor;
- existenţa resurselor de apă;
- prezenţa instituţiilor medicale civile de tratament (spitale, dispensare) şi a personalului medical, care ar fi folosite la nevoie;
- mijloacele de transport care pot fi utilizate pentru evacuarea răniţilor şi bolnavilor;
- industria de medicamente şi materiale medico-sanitare, farmacii şi depozite;
- întreprinderi sau ateliere de reparare a aparaturii medicale.

Recunoaşterea sanitaro-epidemiologică se organizează în scopul obţinerii datelor asupra stării sanitaro-epidemiologice a raioanelor în care acţionează trupele.

Recunoaşterea sanitaro-epidemiologică urmăreşte obţinerea datelor privind:

- starea de sănătate a populaţiei locale (prezenţa în rândul acesteia a cazurilor sau focarelor de boli transmisibile);
- starea sanitaro-epidemiologică a terenului şi a localităţilor (prezenţa raioanelor epidemice sau endemice, a rezervoarelor naturale de microbi etc.);
- starea surselor de apă, cantitatea şi calitatea apei şi marcarea surselor de apă bună;
- prezenţa instituţiilor locale cu caracter sanitaro-igienic şi antiepidemic (laboratoare, băi publice), a personalului medico-sanitar de specialitate şi a materialelor sanitare antiepidemice care ar putea fi folosite.

Recunoaşterea medicală se execută de personalul medical de la toate eşaloanele.

Ea se efectuează în mod continuu, eficient, la timp, dar rezultatele recunoaşterii trebuie să fie comparabile (cu rezultatele altor surse de recunoaştere).

Recunoaşterea medicală trebuie să fie activă: personalul care o execută trebuie să efectueze măsuri urgente în cazul când lipsesc condiţii favorabile (izolarea unor bolnavi contagioşi, executarea dezinfecţiei în focar etc.).

Pentru obţinerea datelor necesare, serviciul medical poate folosi mai multe procedee şi anume:

- studierea descrierilor medico-geografice ale raioanelor respective;
- obţinerea de informaţii de la statele majore;

- culegerea de date de la serviciul medical civil şi de la populaţia locală;
- obţinerea de informaţii de la prizonieri şi, în special, de la personalul medical căzut în prizonierat;
- studierea documentelor medico-sanitare capturate de la inamic;
- cercetarea directă a raioanelor şi a obiectelor respective.

Recunoaşterea medicală prin cercetarea directă a raioanelor şi obiectivelor respective se organizează de şeful serviciului medical. Organizarea recunoaşterii medicale cuprinde:

- determinarea misiunilor de recunoaştere;
- compunerea grupei sau grupelor de recunoaştere;
- direcţia (zona, raionul, obiectul) de recunoaştere;
- destinarea (numirea) mijloacelor de transport şi a căilor de urmat;
- timpul pus la dispoziţie;
- ora, locul şi modul raportării datelor obţinute (verbal sau în scris).

Datele cele mai importante obţinute prin recunoaşterea medicală se raportează comandantului corespunzător, medicilor-şefi de la eşaloanele superioare şi se comunică medicilor-şefi ai unităţilor vecine, cât şi subordonaţilor.

Asigurarea medicală a batalionului şi brigăzii în perioada desfăşurării luptei de apărare

Se ştie că, înainte de a efectua un atac în ofensivă, inamicul execută o pregătire la tragere de artilerie (pregătire la tragere de foc). În perioada pregătirii şi mai ales cu începutul atacului inamicului în rândurile trupelor noastre apar răniţi şi bolnavi. Primul ajutor răniţilor se acordă sub formă de autoajutor sau ajutor reciproc, cât şi de sanitari şi instructori sanitari ai companiei. În genere, ultimii acordă primul ajutor celor mai grav răniţi. Primul ajutor se acordă folosind mijloacele individuale medicale de protecţie a răniţilor (bolnavilor) în cazul necesar şi mijloacele camaradului de luptă, care acordă acest ajutor (al sanitarului, al instructorului sanitar etc.).

După acordarea primului ajutor răniţii se scot de către sanitari din tranşee şi se adună într-un adăpost apropiat. Sanitarul sau instructorul sanitar face o instrucţie pentru brancardieri, care scot răniţii şi bolnavii grav răniţi spre postul mijloacelor de transport sanitar. Răniţii si bolnavii, care pot să se deplaseze de sine stătător, urmează spre acest post în direcţia indicată de sanitari (instructori sanitari).

La postul mijloacelor de transport sanitar răniţii şi bolnavii se îmbarcă în maşinile sanitare şi se evacuează la punctul medical al batalionului. În lipsa maşinilor răniţii şi bolnavii rămân pe terenul postului în aşteptarea mijloacelor de transport. În cazul dat dintre răniţii uşor se numeşte un şef de grupă, care are misiuni de a supraveghea răniţii şi bolnavii, de a acorda acestora un ajutor necesar.

La punctul medical al batalionului răniţii şi bolnavii trec triajul medical, în cadrul căruia ei se repartizează în două grupe: răniţii şi bolnavii, cărora li se va acorda un ajutor premedical (medical) în această etapă medicală, şi răniţii şi bolnavii, care vor fi transportaţi la punctul medical al brigăzii, deci fără a primi primul ajutor medical.

Şeful punctului medical al batalionului, felcerul şi instructorul sanitar acordă răniţilor şi bolnavilor ajutorul necesar, îi pregătesc pe aceştia pentru evacuarea lor, iar sanitarii îmbarcă răniţii şi bolnavii în maşinile sanitare ale punctului medical al brigăzii pentru evacuarea ulterioară (de mai departe). În cazul când la punctul medical al batalionului sosesc pierderi sanitare cu un număr în masă sau când se iveşte pericolul pătrunderii inamicului în raionul acestei etape medicale, triajul şi ajutorul premedical (medical) se acordă nemijlocit în maşinile sanitare în scopul de a transporta toţi răniţii şi bolnavii cu aceleaşi mijloace de transport la etapa medicală ulterioară.

În punctul medical al brigăzii răniţilor şi bolnavilor li se acordă primul ajutor medical. Volumul ajutorului medical depinde de diferite situaţii, în primul rând de numărul răniţilor şi bolnavilor sosiţi, şi de situaţia tactică în momentul dat (pătrunderea inamicului în fâşia de apărare a brigăzii, lovituri cu arme de nimicire în masă etc.). Însă, în orice caz, în apărare trebuie să se întreprindă toate eforturile pentru a acorda răniţilor şi bolnavilor un ajutor medical cât mai deplin. Evacuarea răniţilor şi bolnavilor din punctul medical al brigăzii se efectuează cu mijloacele de transport ale şefului superior al serviciului medical (corp) la detaşamentul medical independent sau în spitalele militare de campanie.

În apărare inamicul, având superioritate în forţe şi mijloace de luptă, poate efectua acţiuni de pătrundere în fâşia de apărare a brigăzii. În cazul dat este necesar de a folosi toate posibilităţile pentru scoaterea şi evacuarea tuturor răniţilor şi bolnavilor din subunităţile care duc lupta cu inamicul pătruns.

Deci, pentru efectuarea acestei misiuni se folosesc nu numai forţele şi mijloacele de evacuare medicală, ci şi mijloacele comandamentului (subunităţi militare, maşini blindate). În această situaţie este necesar de a deplasa punctul medical al brigăzii în spate şi a-l instala pe terenul de rezervă pregătit anterior.

Pe parcursul deplasării şi desfăşurării punctului medical în locul nou, ajutorul medical continuu poate fi acordat prin îndreptarea torentului răniţilor şi bolnavilor la punctele medicale ale unităţilor vecine, la detaşamentul medical independent (cu permisiunea şefului serviciului medical al corpului) sau prin efectuarea manevrei cu sala de pansament auto a brigăzii.

Toate deplasările punctului medical ulterior pot fi permise numai de comandantul brigăzii. Numai în cazuri extrem de necesare astfel de deplasări pot fi

efectuate imediat cu permisiunea şefului serviciului medical al brigăzii, comandantului acestei unităţi.

În apărare se atrage o deosebită atenţie organizării asigurării medicale a subunităţilor brigăzii, ce efectuează contraatacuri asupra inamicului. Anterior de contraatac punctul medical al batalionului cu misiunea de a contraataca se eliberează de răniţi şi bolnavi prin evacuarea acestora cu mijloacele de transport ale brigăzii, se întăreşte cu sanitari, maşini sanitare (deci, cu forţe şi mijloace de strângere şi evacuare a răniţilor şi bolnavilor, îndeosebi). În timpul deplasării batalionului spre aliniamentul de contraatac, primul ajutor răniţilor şi bolnavilor se acorda nemijlocit în maşini (blindate, tancuri) sub formă de ajutor reciproc sau autoajutor, după ce ei pot fi evacuaţi la punctele medicale desfăşurate în apropierea itinerarului de deplasare (rutei de deplasare). În timpul contraatacului, punctul medical al batalionului nu se instalează, lucrează ca şi în ofensivă, iar răniţii şi bolnavii din această subunitate se evacuează la punctul medical al brigăzii cu transportul acesteia, cât şi cursele de întoarcere a mijloacelor de transport (camioane).

În cazul când inamicul execută lovituri cu arma de distrugere în masă şi, îndeosebi, cu arma nucleară în focarele produse se introduce detaşamentul de lichidare a urmărilor atacului nuclear, în componenţa căruia lucrează forţe şi mijloace ale serviciului medical.

Aceste forţe şi mijloace au misiuni de a organiza acordarea primului ajutor răniţilor şi bolnavilor, cât şi acordarea acestui ajutor răniţilor grav. Evident, în focar vor lucra şi subunităţile medicale în acţiune ale trupelor lovite (punctul medical al batalionului, diviziei de artilerie etc.), având aceeaşi misiune.

Este extrem de necesar ca în lupta de apărare acordarea primului ajutor, strânsul şi evacuarea răniţilor din focar să se înceapă în primul rând în sectorul adresat spre inamic, folosind toate forţele şi mijloacele, inclusiv ale comandantului. Deci, vor fi evacuaţi toţi răniţii înainte de a intra inamicul în focar.

Evacuarea răniţilor din focare de arme de nimicire în masă se efectuează la punctele medicale desfăşurate în apropierea acestor focare cu mijloacele de transport ale detaşamentului de lichidare a urmărilor atacului cu arme de distrugere în masă.

În pericolul încercuirii unor subunităţi se execută întărirea acestora cu forţe şi mijloace ale serviciului medical al brigăzii, îndeosebi, de asigurare a strânsului, scoaterii şi evacuării răniţilor şi bolnavilor, de asemenea, şi de ajutor medical (sanitari, maşini sanitare, sală de pansament auto cu medic şi mijloace de ajutor medical).

Deoarece evacuarea răniţilor şi bolnavilor din subunităţile încercuite de inamic este imposibilă (pe teren), acestora li se acordă un ajutor medical mai complex.

Punctul medical se desfăşoară în centrul încercuirii, iar răniţii şi bolnavii se concentrează în trei grupe:

1. răniţi şi bolnavi care vor fi evacuaţi (cu avionul sanitar, cu elicoptere);
2. răniţi şi bolnavi care vor fi transportaţi cu maşinile sanitare (în timpul ruperii încercuirii şi ieşirii din încercuire);
3. răniţi şi bolnavi uşori care vor fi evacuaţi cu autocamioanele sau pe jos.

Acest triaj medical are o importanţă deosebită pentru folosirea chiar a primelor posibilităţi de evacuare a răniţilor şi bolnavilor, uneori pe neaşteptate.

În timpul ieşirii din încercuire serviciul medical foloseşte toate forţele şi mijloacele în dispoziţia de a acorda operativ răniţilor şi bolnavilor ajutorul medical necesar, de a evacua toţi răniţii şi bolnavii „după sine". Când se restabileşte legătura prin teren cu trupele noastre toţi răniţii şi bolnavii imediat se transportează la punctele medicale sau la detaşamentul medical independent al corpului de armată.

Deci, în organizarea asigurării medicale a batalionului şi brigăzii de infanterie motorizată în apărare o deosebită atenţie se atrage asupra executării următoarelor măsuri:

- efectuarea grupării de forţe şi mijloace ale serviciului medical în timpul pregătirii luptei;
- acordarea ajutorului medical răniţilor şi bolnavilor încontinuu;
- promovarea măsurilor de tratament şi evacuare în focarele loviturilor cu armă de distrugere în masă;
- organizarea şi efectuarea asigurării medicale a subunităţilor ce duc o luptă de apărare contra inamicului;
- organizarea şi efectuarea asigurării medicale a subunităţilor în contraatac;
- organizarea şi efectuarea asigurării medicale a subunităţilor în încercuire (în pericol de încercuire);
- efectuarea pazei şi apărării etapelor medicale, a răniţilor şi bolnavilor în timpul evacuării medicale;
- organizarea conducerii serviciului medical şi asigurarea legăturii cu subunităţile medico-militare.

Măsurile sus-numite stau la baza organizării şi efectuării asigurării medicale a batalionului şi brigăzii de infanterie motorizata în lupta de apărare în războiul contemporan.

Particularităţile organizării şi efectuării măsurilor de tratament şi evacuare la trupele Armatei Naţionale în campanie, luând în considerare condiţiile Republicii Moldova:

- geopolitice (poziţia centrală a Republicii Moldova, stat independent şi suveran, în direcţia strategică „Balcani", unde se intersectează interesele politice

ale mai multor state, criza politică a țărilor (statelor) din apropierea nemijlocită de hotarele republicii, ce au dictat crearea Armatei Naționale);

- politico-militare (doctrina militară a statului poartă un caracter defensiv, statutul permanent neutru al republicii);
- social-economice (densitatea înaltă a populației, distanța mică dintre centrele populate, existența unei rețele bine dezvoltate de drumuri cu îmbrăcăminte dură și șosele asfaltate, existența drumurilor ocolitoare, căilor ferate ce leagă orașele principale ale republicii, starea dificilă a economiei naționale specifice perioadei de tranziție la economia de piață, care impune reducerea cheltuielilor, inclusiv și în domeniul asigurării apărării statelor);
- medico-geografice (existența unei rețele bine dezvoltate de instituții sanitare cu cadre medicale de înaltă pregătire de specialitate și cu înzestrare corespunzătoare cerințelor contemporane, starea sanitaro-epidemiologică satisfăcătoare, experiența asigurării medicale (măsurile de tratament și evacuare) a trupelor în conflictul militar de la Nistru din anul 1992 de a folosi sistemul de tratament și evacuare cu următoarele principii);
- micșorarea termenelor acordării ajutorului medical răniților și bolnavilor în urma apropierii acestui ajutor de câmpul de luptă;
- organizarea și efectuarea unor măsuri de reanimare și terapie intensivă începând cu câmpul de luptă:
- simplificarea maximal posibilă a numărului de etape medicale;
- integrarea pe larg a activității serviciului medical al Armatei Naționale în campanie cu instituțiile sanitare ale Ministerului Sănătății în vederea organizării și acordării ajutorului medical calificat și specializat răniților și bolnavilor, tratamentul, reabilitarea medicală;
- posibilitatea folosirii formațiunilor medico-militare și medicale civile în organizarea și efectuarea măsurilor de tratament și evacuare a lezaților în calamități.

Pentru realizarea în practică a acestui sistem este rațional de a diviza măsurile de tratament în două eșaloane:

- prespitalicesc;
- spitalicesc.

Eșalonului prespitalicesc îi pot reveni organizarea și îndeplinirea următoarelor măsuri de tratament și evacuare:

- căutarea și adunarea răniților de pe câmpul de luptă;
- organizarea și acordarea primului ajutor răniților și bolnavilor, transportarea lor la punctul medical al batalionului, brigăzii;
- primirea răniților și bolnavilor, efectuarea triajului medical, tratarea sanitară parțială (după necesitate), izolarea temporară a bolnavilor de boli infecțioase

şi în stări reactive, acordarea ajutorului premedical, primului ajutor medical rănitilor şi bolnavilor şi evacuarea lor la etapele eşalonului spitalicesc.

Responsabilitatea de organizarea şi efectuarea acestor măsuri o va purta serviciul medical al Armatei Naţionale.

Eşalonului spitalicesc îi pot reveni organizarea şi efectuarea următoarelor măsuri de tratament şi evacuare:

- primirea, efectuarea triajului medical, tratarea sanitară, acordarea ajutorului medical calificat şi specializat, transportarea (evacuarea) intraspitalicească (după necesitate), tratamentul, reabilitarea medicală, expertiza medico-militară a răniţilor şi bolnavilor.

Responsabilitatea pentru organizarea, îndeplinirea măsurilor de tratament şi evacuare o vor purta şefii instituţiilor medico-militare, medicale civile unde au fost aduşi răniţii, bolnavii. Evidenţa medicală se va efectua în instituţia dată cu raportul în secţia medico-militară a Marelui Stat Major şi în Ministerul Sănătăţii.

Capitolul XI.
DREPTUL INTERNAȚIONAL UMANITAR

Dreptul internațional umanitar, care protejează omul împotriva consecințelor războiului, prezintă interes pentru fiecare dintre noi. Acest drept nu este însă îndeajuns de bine cunoscut. Când se poate face apel la el și ce protecţie ne oferă? „Dreptul umanitar este o ramură a dreptului public internațional, care are la origine sentimentul umanitar, iar în centrul atenției – protecția persoanei". Acest citat, extras dintr-un studiu al lui Jean Pictet, delimitează influența dreptului, care urmărește „să atenueze suferințele tuturor victimelor conflictelor armate aflate în puterea dușmanului, fie că este vorba de răniți, bolnavi și naufragiați, de prizonieri de război sau de civili". Până la jumătatea secolului al XX-lea toate acestea nu aveau decât un caracter aleatoriu, neangajând decât părţile contractante, conform formulelor de strictă reciprocitate. În realitate, era vorba de acorduri de capitulări militare valabile, de cele mai multe ori, doar pe durata conflictului. Naşterea dreptului umanitar, legată de cea a mişcării de Cruce Roşie, nu se mai rezumă la acorduri bilaterale: ulterior, în acest domeniu, statele au început să fie legate printr-un tratat universal, aplicabil oricând şi în orice împrejurări, ceea ce a reprezentat un pas enorm pentru umanitate. În anul 1859, Henry Dunant traversează Lombardia, pe atunci trecută prin foc și sabie. El a sosit în seara sângeroasei bătălii de la Solferino și a constatat cu groază că mii de soldați răniți sunt abandonați, fără îngrijire, fiind astfel condamnați la moarte sigură. Din această teribilă priveliște s-a născut ideea unei societăți de Cruce Roșie. După ce a întreprins pe loc, cu mijloace improvizate, o acțiune de ajutorare, Dunant a publicat cartea „O amintire de la Solferino", lucrare care a tulburat Europa. În acest reportaj, Dunant a propus ca soluție ideea de a remedia lipsurile serviciilor sanitare ale armatelor prin pregătirea, încă din timp de pace, a unor „salvatori voluntari" și obținerea „neutralității" lor pe câmpul de luptă. Patru genevezi – Mynier, generalul Dufor, precum și doctorii Appia și Maunoir – s-au întâlnit la Dunant pentru a forma „Comitetul internațional de ajutorare a răniţilor" – viitorul Comitet Internațional al Crucii Roșii; datorită entuziasmului și perseverenţei, ei au reușit să convingă Guvernul elveţian să organizeze în anul 1864 o conferinţă internațională la care au participat 12 state și al cărui rezultat concret a constat în semnarea, în același an, a unei „Convenţii pentru îmbunătățirea condiţiilor militarilor răniţi în conflictele armate". Începând din acel an, militarii răniţi și bolnavi urmau să fie salvaţi și îngrijiţi, fără nicio deosebire, indiferent de armata din conflict căreia îi aparţineau. Totodată, personalul sanitar, materialul și stabilimentele sanitare vor fi protejate. Ele vor purta un semn distinctiv – o cruce roșie pe fundal alb. Prima Convenţie de la Geneva, semnată în anul 1864, a generat dreptul internațional

umanitar. În anul 1899, la Haga, s-a semnat o convenţie care adapta principiile Convenţiei de la Geneva, din anul 1864, la războiul maritim. Dispoziţiile acestei ultime Convenţii au fost îmbunătăţite şi completate în anul 1906. În anul 1907, cea de-a IV-a Convenţie de la Haga a definit categoriile de combatanţi care au dreptul la statutul de prizonier de război şi care beneficiază de un tratament specific pe toată durata captivităţii lor.

Cele trei Convenţii au fost reafirmate şi dezvoltate în anul 1929. În anul 1949 au fost adoptate cele patru Convenţii de la Geneva actualmente în vigoare.

Conferinţa diplomatică din anul 1949 are o importanţă capitală: într-adevăr, în afara faptului că a elaborat „Convenţia privitoare la protecţia persoanelor civile în timp de război", ea a permis revizuirea convenţiilor anterioare, ale căror texte au fost puse de acord. Convenţiile de la Geneva din anul 1949, care numără aproximativ 400 de articole, constituie un veritabil „monument" juridic, care asigură, de mai bine de 60 de ani, protecţia nenumăratelor victime ale conflictelor armate.

COMITETUL INTERNAŢIONAL AL CRUCII ROŞII

Organizaţie neutră şi particulară, în care toţi membrii sunt elveţieni, C.I.C.R. are rolul de a supraveghea aplicarea de către statele semnatare a Convenţiilor de la Geneva, al căror promotor este. Printre altele, prin însăşi raţiunea sa de neutralitate, Comitetul este în mod special desemnat să ofere servicii beligeranţilor în beneficiul victimelor.

C.I.C.R. acţionează mai întâi în favoarea militarilor răniţi, a bolnavilor şi naufragiaţilor, a prizonierilor de război, străduindu-se să le îmbunătăţească condiţiile de viaţă din momentul capturării şi până la eliberare. Pentru aceasta el trimite peste tot delegaţi care vizitează locurile de internare, de detenţie şi de lucru ale captivilor, care se interesează de condiţiile lor de locuit, de tratament, de alimentaţie şi care intervin pe lângă autorităţi pentru a obţine îmbunătăţirile necesare.

C.I.C.R. acţionează, de asemenea, în favoarea populaţiei civile aflate pe teritoriul inamic sau sub regim de ocupaţie. El intervine şi în cazul conflictelor neinternaţionale, în calitatea sa de intermediar neutru (articolul 3 comun celor patru Convenţii de la Geneva din anul 1949).

O altă activitate importantă a Comitetului Internaţional al Crucii Roşii constă în căutarea celor dispăruţi în urma evenimentelor. Agenţia centrală de cercetări a Comitetului Internaţional al Crucii Roşii, al cărei sediu se află, de asemenea, la Geneva, a constituit, în circa 100 de ani, un fişier cu 55 milioane de date referitoare la 30 milioane de persoane.

În sfârşit, C.I.C.R. poate fi chemat în sprijinul populaţiei civile înfometate din cauza războiului. Fiind deseori singurul care poate străbate reţelele de sârmă

ghimpată, care traversează blocade sau care circulă liber în zona ocupată, Comitetul poate dirija alimente, medicamente, îmbrăcăminte.

În funcţie de mărimea ajutorului solicitat, Comitetul apelează la Societăţile Naţionale de Cruce Roşie şi Semilună Roşie, la Liga Societăţilor de Cruce Roşie, la Guvernele rămase în afara conflictelor, precum şi la organizaţii voluntare.

DEZVOLTAREA RECENTĂ A DREPTULUI INTERNAŢIONAL UMANITAR

Promotor al dreptului umanitar, C.I.C.R. se preocupă, de asemenea, de dezvoltarea acestui drept în funcţie de evoluţia conflictelor. El o face în etape succesive, atunci când este necesară şi posibilă revizuirea textelor.

Începând din anul 1965, revizuirea textelor s-a impus cu necesitate, într-adevăr, deşi Convenţiile de la Geneva din anul 1949 îşi păstrează valabilitatea, s-a constatat insuficienţa acestora în condiţiile războaielor moderne, deoarece ele nu acordă toată protecţia necesară victimelor. C.I.C.R. a început deci să studieze posibilitatea de a completa jurisdicţia existentă, nu prin modificarea Convenţiilor, întrucât exista riscul ca unele state membre să revină asupra unor puncte stipulate în Convenţia acceptată în anul 1949, ci prin adăugarea unor noi texte sub formă de Protocoale adiţionale.

C.I.C.R. a supus această idee celei de-a XXI-a Conferinţe internaţionale a Crucii Roşii, care a avut loc la Istanbul în anul 1969. Participanţii — printre care se numărau statele semnatare ale Convenţiei de la Geneva — au împuternicit oficial C.I.C.R. pentru încheierea unor astfel de protocoale, ceea ce a permis juriştilor C.I.C.R. să-şi înceapă lucrările pregătitoare.

Între anii 1971 şi 1974 Comitetul internaţional a organizat mai multe consultări la nivel guvernamental şi de Cruce Roşie, iar Naţiunile Unite au fost ţinute la curent, în mod regulat, privind rezultatele consultărilor. În anul 1973, cea de-a XXII-a Conferinţă internaţională a Crucii Roşii, care a avut loc la Teheran, a analizat proiectele de texte şi a exprimat totala sa adeziune pentru acţiunea întreprinsă.

CONFERINŢA DIPLOMATICĂ (1974-1977)

În februarie 1974, Guvernul elveţian - depozitarul Convenţiilor de la Geneva din anul 1949 - a convocat o Conferinţă diplomatică pentru a discuta două proiecte de Protocoale adiţionale, care au fost pregătite de Comitetul Internaţional al Crucii Roşii.

Între 20 februarie şi 29 martie 1974 a avut loc la Geneva prima sesiune a „Conferinţei diplomatice asupra reafirmării şi dezvoltării dreptului internaţional umanitar, cu aplicare în conflictele armate". Dintre cele 155 de state invitate (semnatare ale Convenţiilor sau membre ale Naţiunilor Unite) au fost prezente 124. La dezba-

teri au asistat ca observatori, printre alţii, reprezentanţi ai 14 mişcări de eliberare naţională, 35 de organizaţii guvernamentale şi neguvernamentale, Liga Societăţilor de Cruce Roşie şi Semilună Roşie, precum şi mai multe Societăţi Naţionale. În şedinţele care s-au ţinut, Conferinţa s-a preocupat, în principiu, de problemele de organizare a lucrărilor şi de procedură; din această cauză a apărut necesitatea unei a doua sesiuni, care să se ocupe de însuşi scopul conferinţei. Astfel, în anul următor, între 3 februarie şi 18 aprilie, delegaţii a 120 de ţări s-au reîntâlnit la Geneva. De această dată în timpul discuţiilor s-au înregistrat însemnate progrese, iar la sfârşitul celor 10 săptămâni ale reuniunii, jumătate din lucrări au fost realizate. Totuşi, pentru a pune la punct cele 2 protocoale au fost necesare mai multe luni. A treia şi a patra sesiune ale Conferinţei diplomatice menţionate au avut loc între 21 aprilie şi 11 iunie 1976 şi respectiv între 17 martie şi 10 iunie 1977.

La încheierea acestei ultime sesiuni a Conferinţei, plenipotenţiarii celor 102 state prezente au adoptat 102 articole ale Protocolului 1, referitoare la protecţia victimelor din conflicte armate internaţionale, şi 28 de articole ale celui de-al doilea Protocol, referitor la protecţia victimelor din conflictele armate neinternaţionale.

Desigur, pentru a fi considerate Protocoale adiţionale la Convenţiile de la Geneva, statele trebuiau să le semneze, să le ratifice sau să adere la ele. În anul 1977, în cursul unei ceremonii, a avut loc adoptarea solemnă a protocoalelor adiţionale. Începând de la această dată, textele reprezintă un bun comun; ele vor putea fi de acum înainte invocate în diferite împrejurări. Se impune ca aceste texte să fie larg difuzate în rândurile specialiştilor, precum şi ale marelui public.

CONŢINUTUL PROTOCOALELOR ADIŢIONALE

PROTOCOLUL 1 (conflictele armate internaţionale)

Protejarea civililor împotriva efectelor ostilităţilor

Adoptarea regulilor pentru protejarea populaţiei civile împotriva efectelor războiului constituie o cucerire considerabilă în dreptul umanitar. În anul 1957 C.I.C.R. a propus texte referitoare, în special, la protecţia civililor, însă ele au întâmpinat un refuz politicos din partea statelor. Propunerile sale s-au bucurat de o mare atenţie cu prilejul Conferinţei diplomatice, ceea ce a dat o satisfacţie completă C.I.C.R. din acest punct de vedere.

În Protocolul 1 protecţia civilă împotriva efectelor ostilităţilor constituie un capitol aparte. De acum înainte aceste reguli ar trebui să scutească populaţia civilă de mari suferinţe şi drame asemănătoare celor ce s-au produs în timpul celui de-al Doilea Război Mondial.

Până în anul 1977 nu existau decât texte incomplete pentru protecţia civililor împotriva armelor de foc. Astfel, Convenţia de la Haga prevede conduita în

timpul ostilităţilor; această convenţie a fost elaborată însă în anul 1907, epocă în care aviaţia nu exista, iar artileria nu-şi atingea obiectivele decât la distanţe relativ scurte. Pe de altă parte, cea de-a IV-a Convenţie de la Geneva din anul 1949, exceptând unele reguli generale, protejează civilii numai împotriva abuzurilor de putere ale autorităţii inamice sau ocupante; ea nu cuprinde nicio dispoziţie referitoare la utilizarea armelor, la efectul lor şi, îndeosebi, la bombardamentele masive.

Totodată, în ultimii 30 de ani au apărut conflicte de tip nou – războaie de eliberare, lupte de gherilă, utilizarea armelor perfecţionate şi a celor incriminate, cum sunt, de exemplu, armele incendiare şi proiectilele cu bile. Populaţia civilă, deseori amestecată, fără voia ei, cu combatanţii, a devenit deci mai vulnerabilă. De aceea era important să se stabilească norme juridice de protecţie în acest domeniu.

Cel de-al IV-lea capitol al Protocolului 1 apără, în acelaşi timp, persoanele şi bunurile civile, care sunt definite în opoziţie cu obiectivele militare.

Se arată, în mod special, că este interzis a fi atacate populaţia civilă ca atare, precum şi bunurile civile; numai obiectivele militare pot constitui ţinta atacurilor. Bombardamentele masive, cum au fost cele din timpul celui de-al Doilea Război Mondial care au provocat milioane de morţi, sunt de acum înainte interzise, ca şi atacurile executate în scop de represalii. Atacurile fără discriminare, cu alte cuvinte, acele care nu disting obiectivele militare de persoanele civile sau bunurile cu caracter civil – sunt interzise. Este interzis, de asemenea, atacul localităţilor sau zonelor lipsite de apărare, precum şi al zonelor demilitarizate, în sfârşit, forţele armate trebuie să ia măsuri de precauţie pentru a cruţa la maximum populaţia şi bunurile civile în timpul operaţiilor militare.

Ajutorării populaţiei civile, domeniu care interesează în cel mai înalt grad Crucea Roşie, îi sunt consacrate patru articole. Conform acestor dispoziţii, părţile în conflict trebuie să asigure ajutoarele necesare populaţiei civile, iar dacă ele nu sunt în stare să le aprovizioneze, trebuie să acorde libera trecere a mărfurilor indispensabile supravieţuirii. Această regulă se aplică în toate circumstanţele, chiar dacă este vorba de o populaţie inamică sau care trăieşte în teritoriul ocupat. Modalităţile de acţiune cuprind facilităţi pentru organismele de ajutorare ca şi de protecţie a personalului specializat.

Aceste articole completează dispoziţiile Protocolului referitor la bunurile civile, care interzic folosirea înfometării ca metodă de război. Printre altele, bunurile indispensabile ale supravieţuirii (zone agricole, animale, rezerve de apă potabilă, recolte, lucrări de irigaţii etc.) sunt, de acum înainte, protejate, ca şi instalaţiile care conţin forţe periculoase (centrale electrice sau nucleare, diguri, baraje etc.), bunurile culturale şi lăcaşurile de cult. În sfârşit, operaţiile militare

trebuie astfel conduse încât să protejeze mediul natural înconjurător împotriva pagubelor de lungă durată, grave şi de mari proporţii.

Pentru asigurarea unei protecţii eficiente a instalaţiilor conţinând forţe periculoase, Conferinţa a adoptat o emblemă de protecţie internaţională: trei cercuri de culoare portocaliu intens.

Un capitol special se ocupă de organizaţiile de protecţie civilă, care în viitor vor fi protejate şi care au dreptul de a organiza activităţi, inclusiv în teritoriile civile. Necesitatea de a identifica aceste organizaţii implică stabilirea unei embleme specifice – un triunghi albastru pe fundal portocaliu.

Tratamentul persoanelor reţinute de una din părţile în conflict

Protecţia pe care Convenţiile a III-a şi a IV-a de la Geneva o acordă persoanelor reţinute de una din părţile în conflict este menţionată şi subliniată în Protocolul 1: au fost introduse garanţiile fundamentale pentru respectul persoanei. În Protocol sunt menţionate actele interzise, de exemplu: omorul, tortura, pedepsele corporale, mutilările, atingeri ale demnităţii umane, luarea de ostatici, pedepsele colective, ca şi ameninţarea de comitere a acestor acte.

Sunt prevăzute garanţiile judiciare în cazul când o persoană este arestată pentru un delict comis în legătură cu conflictul; persoana reţinută are dreptul să fie informată, într-o limbă pe care o înţelege, despre faptele pentru care este învinuită. În caz de judecată, aceasta trebuie să fie deferită unui tribunal imparţial, care să respecte procedura judiciară obişnuită. Persoanele acuzate de crimă de război trebuie deferite justiţiei în conformitate cu regulile dreptului internaţional în vigoare, urmând să li se asigure garanţii minime de tratament uman, în cazul în care ele nu ar putea beneficia de un tratament mai favorabil în virtutea Convenţiilor sau Protocolului. O protecţie specială este acordată femeilor şi copiilor; se precizează că părţile în conflict trebuie să evite condamnarea acestora la moarte. Dacă această pedeapsă a fost totuşi pronunţată, ea nu va fi executată în cazul femeilor însărcinate sau cu copii de vârstă mică, precum nici în cazul tinerilor sub 18 ani.

Protecţia oferită de cea de-a IV-a Convenţie de la Geneva persoanelor civile reţinute de una din părţile în conflict este dezvoltată în Protocolul 1 pentru categorii de persoane ce nu au fost prevăzute anterior. Astfel, cei fără patrie şi refugiaţii consideraţi ca atare înainte de începutul ostilităţilor vor fi protejaţi fără discriminare şi în toate împrejurările. Protocolul prevede, printre altele, facilitatea reîntregirii familiilor, îndeosebi cu concursul organizaţiilor umanitare specializate.

Într-un articol se prevăd normele practice pentru evacuarea copiilor într-o ţară străină, în vederea prevederii situaţiilor dramatice (copii evacuaţi care nu au acte de identitate, fără de care nu pot fi regăsite familiile la terminarea ostili-

tăţilor). Printre altele, acest articol va constitui un ajutor preţios pentru munca Agenţiei Centrale de Cercetări a C.I.C.R. şi a Serviciilor de Cercetare ale Societăţilor Naţionale de Cruce Roşie şi Semilună Roşie.

În sfârşit, în acest capitol mai este menţionată o dispoziţie vizând asigurarea unei mai bune protecţii a ziariştilor în misiune periculoasă (neacreditaţi pe lângă forţele armate). De acum înainte, aceştia vor putea obţine, de la autorităţile de care depind şi de la cele locale al căror teritoriu îl traversează, un act de identitate special, în care se stipulează că posesorul trebuie să fie tratat ca o persoană civilă, în sensul Convenţiilor de la Geneva.

Protecţia personalului şi a unităţilor sanitare civile

Un alt rezultat concret foarte important al Convenţiei de la Geneva l-a constituit ameliorarea protecţiei personalului şi a unităţilor sanitare civile. În acest domeniu tradiţional, care a condus la apariţia Societăţii de Cruce Roşie şi a primei Convenţii de la Geneva, acum mai bine de un secol, s-au obţinut rezultate deosebite.

Convenţiile de la Geneva din anul 1949 acordă imunitate personalului şi stabilimentelor sanitare militare, precum şi spitalelor civile recunoscute ca atare şi semnalate prin emblema de Cruce Roşie sau de Semilună Roşie.

Personalul sanitar militar, precum şi personalul spitalelor civile trebuie respectat şi protejat. Totodată, pentru a asigura răniţilor, bolnavilor şi naufragiaţilor îngrijiri rapide şi eficiente, această protecţie trebuie să se extindă şi asupra întregului personal civil de deservire, precum şi asupra instalaţiilor sanitare civile, fixe sau mobile.

Protocolul 1 acoperă această lacună şi acordă, în timp de război, personalului şi stabilimentelor sanitare civile o protecţie asemănătoare celei deja recunoscute personalului şi formaţiunilor sanitare militare. Pentru evitarea abuzurilor este prevăzut că această protecţie nu va fi valabilă decât în cazul elementelor recunoscute de către autorităţile părţilor în conflict. Totodată, pentru acelaşi motiv Protocolul protejează şi personalul religios civil.

Protecţia misiunii medicale

S-a stabilit, de asemenea, protecţia persoanelor împotriva atentatelor la integritatea fizică şi mentală comise în numele medicinei; este interzisă utilizarea ca furnizori de carne umană sau drept cobai, precum şi de a efectua experienţe pseudomedicale ori de a preleva nejustificat organe pentru transplante, aşa cum s-a întâmplat, din păcate, în unele conflicte anterioare. În ceea ce priveşte însăşi misiunea medicală, ea va fi la fel de bine protejată, cu toate că în acest domeniu nu s-a ajuns la un acord cu privire la toate punctele. Într-adevăr, dacă s-a acceptat că nimeni nu va fi pedepsit pentru faptul că a desfăşurat o activitate cu caracter medical (aceasta pentru a fi de acord cu deontologia), în schimb problema secre-

tului medical continuă să se subordoneze legislației naționale a părții în conflict căreia îi aparține medicul.

Protecția transporturilor sanitare

Și în domeniul transporturilor sanitare terestre, maritime și aeriene s-a impus adaptarea unor reguli de protecție; și în acest domeniu lucrările Conferinței diplomatice au fost fructuoase.

Mai întâi mijloacelor de transport sanitare civile trebuie să li se asigure o protecție identică celei de care beneficiază mijloacele de transport sanitare militare. Mai mult, pentru aviația sanitară - țintuită la sol de decenii, datorită lacunelor juridice de protecție și dezvoltării mijloacelor de apărare antiaeriană - s-au formulat reguli precise, care urmează să permită din nou folosirea aeronavelor sanitare în timp de război.

Mai multe articole precizează regulile de navigație aeriană ce trebuie respectate de către misiunile sanitare (acorduri prealabile cu diverse autorități, notificări de drumuri, planuri de zbor etc.). În plus, pentru a semnala eficient aeronavele sanitare, au fost prevăzute mijloace electronice, cum sunt radarul secundar și radiofarul, rezervate, pe timp de război, pentru folosirea exclusivă a mijloacelor de transport sanitare terestre, maritime și aeriene. Aceste dispoziții prezintă o importanță deosebită dacă ne gândim că astăzi perfecționarea mijloacelor de detectare a făcut ca protecția prin emblema de Cruce Roșie pe un fuzelaj de avion (sau pe partea laterală a navei) să devină aproape nulă, aceste ținte putând fi atinse de mijloace de foc chiar înainte de a fi văzute. Pe timpul a două sesiuni, o subcomisie tehnică a Conferinței diplomatice a stabilit norme precise incluse în Anexa tehnică a Protocolului 1. Conform acestor dispoziții, toate mijloacele de transport sanitare beneficiază, pe timp de război, de semnalizatoare optice folosite de ambulanțele civile și militare și anume de girofarul de culoare albastră. Printre altele, mijloacelor de transport sanitare maritime și aeriene le sunt rezervate un semnal radio, precedat de un indicativ de prioritate și de un semnal radar secundar.

Aceste reguli internaționale sunt importante, deoarece ele permit în viitor să se evite ca aeronavele sau navele maritime sanitare să fie atacate, din eroare, așa cum s-a întâmplat în trecut.

Dată fiind evoluția rapidă a tehnologiei, s-a decis ca, periodic, modalitățile de identificare a aeronavelor și navelor maritime sanitare să fie actualizate prin reuniunea experților convocați sub auspiciile C.I.C.R.

Lucrările Conferinței diplomatice și-au găsit o reconfirmare în anul 1979, cu ocazia Conferinței administrative mondiale de radiocomunicații, organizată de Uniunea internațională de telecomunicații (U.I.T.). Într-adevăr, au fost votate două rezoluții care confirmă necesitatea ca Societatea de Cruce Roșie să dispună, în permanență, de o rețea de radiocomunicații de urgență. Printre altele, regula-

mentul internațional de radiocomunicații a fost completat cu dispoziții speciale referitoare la mijloacele de transport sanitare terestre, maritime și aeriene, consolidându-se astfel protecția pe timp de război.

Persoane dispărute și decedate

Fiecare conflict armat este însoțit de drame umane: familii despărțite, părinți omorâți, deportați sau dispăruți. A căuta un membru de familie despre care nu se știe nimic sau a cere precizări referitoare la locul său de înhumare sunt dorințe legitime. Deseori însă împrejurările fac dificilă obținerea unor astfel de informații. Pentru a evita situația dată în viitor, Protocolul 1 prevede reguli vizând facilitarea căutării celor dispăruți, identificarea morților, protecția și întreținerea mormintelor. Într-un articol se stipulează în ce condiții se poate proceda la o exhumare sau la înapoierea în țara de origine a rămășițelor pământești ale persoanelor decedate.

Metode și mijloace de luptă în războiul contemporan

Încă din timpul celui de-al Doilea Război Mondial, condițiile de purtare a războiului s-au schimbat. Dacă în prezent nu se luptă la fel ca în trecut, aceasta nu înseamnă că orice mijloace pot fi utilizate pentru a ataca sau a învinge inamicul. De aceea, Protocoalele, pe lângă dispozițiile pentru protecția populației civile, conțin norme care amintesc principiile ce urmează a fi respectate în luptă.

În acest domeniu Protocolul 1 interzice să se recurgă la acțiuni perfide (de exemplu, anumite gloanțe care provoacă răni nevindecabile) sau arme care să lovească la întâmplare (arme care, datorită impreciziei sau efectelor, îi ating în aceeași măsură atât pe civili, cât și pe combatanți).

Limitarea folosirii anumitor arme clasice

Problema armelor – în special a efectelor și a suferințelor pe care le generează – a constituit dintotdeauna o preocupare a Societății de Cruce Roșie. De mai multe ori C.I.C.R. a împărtășit comunității internaționale ideile sale în acest domeniu. Paralel cu eforturile pentru dezvoltarea dreptului internațional umanitar, C.I.C.R. a atras atenția experților asupra acestei probleme, apreciind că, fără să se suprapună cu organismele de dezarmare, Crucea Roșie poate examina principiile generale referitoare la folosirea armelor, având în vedere legătura evidentă a acestor principii cu protecția populației civile împotriva efectelor ostilităților.

La conferința experților guvernamentali, care au precedat Conferința diplomatică, a fost examinată oportunitatea acestor dezbateri și s-a hotărât să nu se abordeze studierea armelor de distrugere în masă (arme atomice, biologice și chimice), dar să se discute despre armele deosebit de distructive, neexaminate în nicio altă parte.

Proiectul Protocolului 1 prevăzut de C.I.C.R. nu conținea reguli specifice de folosire a armelor clasice și din această cauză în anii 1974 și 1976 (la Lucerna

şi respectiv Lugana) au fost organizate de C.I.C.R. două reuniuni ale experţilor militari şi în medicină, care să stabilească o listă a armelor ce trebuie studiate. Cu toate acestea, în Protocoalele adiţionale nu a fost introdusă nicio reglementare asupra armelor menţionate, iar printr-o rezoluţie Conferinţa diplomatică a transmis problema Naţiunilor Unite. Naţiunile Unite au convocat în anul 1980 o conferinţă, ale cărei lucrări s-au încheiat prin adoptarea unei Convenţii asupra interzicerii sau limitării folosirii anumitor arme clasice.

Acest text interzice sau limitează folosirea următoarelor arme: a) acelea ale căror explozii nu se produc în corpul uman, împiedicând astfel vindecarea rănilor; b) mine, capcane şi alte dispozitive (care au provocat numeroase victime în rândurile populaţiei civile, deseori mult timp după terminarea ostilităţilor; c) arme incendiare (care au pricinuit suferinţe mari omului şi enorme pagube în mediul ambiant).

Demn de menţionat este faptul că la Conferinţa Naţiunilor Unite nu s-a putut ajunge la un rezultat referitor la proiectilele de mic calibru (gloanţe care se fragmentează imediat după impact în corpul victimelor, provocând răni grave). Totuşi, cercetările şi discuţiile asupra acestui punct continuă.

Chiar dacă Convenţia O.N.U. este incompletă - nu numai pe planul categoriilor de arme reglementate, dar şi prin faptul că ea nu oferă combatanţilor decât o protecţie redusă împotriva acestor arme - ea constituie totuşi o completare preţioasă a Protocolului 1 referitoare la populaţia civilă.

Noua definiţie a prizonierului de război

Definiţia prizonierului de război a fost lărgită în protocolul 1, în raport cu acea stabilită la Convenţia a III-a de la Geneva în anul 1949. Într-adevăr, până în prezent au fost consideraţi prizonieri de război membrii forţelor armate regulate, partizanii aparţinând unei părţi din conflict, precum şi anumite persoane care însoţesc forţele armate, dar nu fac parte direct din acestea (de exemplu, corespondenţi de război, membri civili ai echipajelor de avioane militare). Începând cu Protocolul 1, definiţia prizonierului de război include pe toţi membrii forţelor armate, grupările şi unităţile armate aflate sub comandă responsabilă. Din această categorie fac parte şi partizanii fără uniformă, chiar dacă este vorba de entităţi nerecunoscute de partea adversă. Este precizat faptul că toţi membrii forţelor armate sunt obligaţi să respecte regulile dreptului internaţional umanitar; aşadar, nu este vorba de o condiţionare a favorii acordate statutului de prizonier de război în caz de captură. În schimb, membrii forţelor armate au obligaţia să se deosebească de populaţia civilă, cel puţin prin portul armelor la vedere în timpul luptei. Nerespectarea acestor reguli poate conduce la pierderea statutului de prizonier de război. Spionii şi mercenarii nu au în niciun caz dreptul la statutul de prizonier de război atunci când sunt capturaţi. Ei beneficiază totuşi de o garanţie

minimă de tratament uman. Această clauză de salvgardare este acordată pe timp de război oricărei persoane reţinute de partea adversă. Ea reprezintă un mare progres umanitar, deoarece datorită acestor dispoziţii nicio persoană nu mai este lipsită de garanţii elementare de respect şi de salvare în orice împrejurare.

Aplicarea dreptului

Protocolul 1 conţine măsuri de punere în aplicare a dreptului pentru statele care se constituie ca părţi. Pentru a facilita aplicarea dreptului, în special pe teren, se desemnează consilieri juridici, pregătiţi încă în timpul de pace, pentru a îndeplini această sarcină în rândul forţelor armate. La fel, statele se angajează să asigure în permanenţă o largă difuzare a dreptului internaţional umanitar în rândurile autorităţilor civile şi militare, precum şi ale populaţiei.

În caz de război, Comitetului Internaţional al Crucii Roşii trebuie să i se acorde toate facilităţile pentru a-i permite să-şi asume sarcinile stabilite prin Convenţiile de la Geneva şi prin Protocol; la fel, organizaţiile respective ale Societăţii de Cruce Roşie şi Semilună Roşie ca şi federaţia lor, Liga, trebuie să poată lucra nestingherit în avantajul victimelor. Aceste facilităţi trebuie să fie, de asemenea, acordate şi altor organizaţii umanitare care vor fi autorizate de părţile în conflict pentru a-şi desfăşura activităţile în aceleaşi condiţii.

În comparaţie cu mecanismul prevăzut în Convenţii, în Protocolul 1 se află o prevedere îmbunătăţită de aplicare a dreptului; este vorba de desemnarea puterilor protectoare (a statelor neutre însărcinate să reprezinte interesele unui beligerant pe lângă adversarul său). Într-adevăr, din anul 1949 puterile protectoare nu au funcţionat deloc, din cauza unor raţiuni esenţialmente politice (motivate în special prin teama de a părea că se recunoaşte, printr-o astfel de intervenţie, statutul juridic al adversarului).

Protocolul 1 umple această lacună prin introducerea unui sistem sigur de desemnare a puterilor protectoare (sau a înlocuitoarelor lor), care menţionează, în mod special, că aplicarea Convenţiilor şi a Protocolului nu are efect asupra statutului juridic al părţilor în conflict şi nici asupra unui teritoriu oarecare (incluzând şi teritoriul ocupat).

Sancţiuni în cazul violării dreptului

Problema reprimării încălcării prevederilor Convenţiilor de la Geneva şi a Protocolului 1 face obiectul mai multor dispoziţii; a fost întocmită o listă a infracţiunilor grave considerate drept crime de război şi sunt prevăzute articole care tratează noţiunea de responsabilitate. Atacarea populaţiei civile sau afectarea gravă a acesteia în timpul atacului unui obiectiv militar, declanşarea unei operaţii militare împotriva unor instalaţii protejate sau a localităţilor neapărate, utilizarea perfidă a emblemei Crucii Roşii sunt considerate în Protocol drept infracţiuni

grave; pentru acelaşi motiv sunt considerate, de asemenea, infracţiuni grave transferul de către o putere ocupantă a unei părţi a populaţiei sale în teritoriul ocupat, deportarea unei populaţii ocupate sau hotărârile judecătoreşti sumare împotriva unor persoane protejate. Superiorii vor răspunde pentru încălcările Protocolului comise de subordonaţii lor dacă nu au luat toate măsurile necesare pentru a împiedica comiterea sau reprimarea unor asemenea acte. În sfârşit, între părţile contractante este prevăzut un ajutor mutual în domeniul penal.

În cazul în care se impune o anchetă, se formează o comisie internaţională, compusă din 15 membri, a căror moralitate şi imparţialitate sunt recunoscute, ce îşi va exercita atribuţiile, cu acordul părţilor în cauză. În afara rolului său de a ancheta circumstanţele în care s-au produs încălcările de care este încunoştinţată, o astfel de comisie poate, de asemenea, să-şi ofere bunele oficii pentru a facilita revenirea la aplicarea strictă şi observarea modului de aplicare a dreptului internaţional umanitar.

Sfera de aplicare a Protocolului 1

Protocolul 1, referitor la conflictele armate internaţionale, îşi extinde sfera sa de aplicare a Convenţiilor de la Geneva din anul 1949, precum şi a sa proprie asupra luptelor împotriva dominaţiei coloniale, asupra ocupaţiei străine şi a regimurilor rasiale, în sensul prevederilor Cartei Naţiunilor Unite.

Printre altele, este prevăzut ca o autoritate reprezentând un popor care luptă conform criteriilor indicate mai sus să se angajeze pentru a aplica Convenţiile şi Protocolul prin mijloacele indirecte ale unei declaraţii de intenţie adresate Guvernului elveţian, depozitar al Convenţiilor şi Protocoalelor.

Comitetul Internaţional al Crucii Roşii îşi manifestă satisfacţia în legătură cu dezvoltarea dreptului umanitar şi aplicarea lui în situaţii care până în prezent nu au fost prevăzute.

Într-adevăr, cu prilejul Conferinţei diplomatice din anul 1949, însărcinată cu revizuirea Convenţiilor de la Geneva, C.I.C.R. a prezentat o propunere vizând asimilarea războaielor coloniale la conflictele internaţionale, respinsă însă de statele participante. Din această cauză, în deceniile care au urmat nu au putut fi salvate milioane de victime. Aşadar, s-a înregistrat un progres remarcabil datorat primului Protocol adiţional.

Protocolul 2 referitor la conflictele armate neinternaţionale

La încheierea Conferinţei diplomatice a fost adoptat, prin consens, Protocolul 2, mai succint, care conţine 28 de articole în loc de 49 câte erau în proiectul iniţial.

Protocolul 2 completează şi dezvoltă substanţial articolul 3, comun celor patru Convenţii de la Geneva din anul 1949, singura dispoziţie care se aplica până atunci în conflictele armate cu caracter neinternaţional (articolul a rămas, de altfel, tot timpul în vigoare).

Conform articolului 1, Protocolul 2 se aplică în conflictele armate ... „care se desfăşoară pe teritoriul unei înalte Părţi contractante între forţele sale armate şi forţele armate dizidente sau grupările armate organizate, care, sub conducerea unei comenzi responsabile, exercită asupra unei părţi din interiorul său un asemenea control încât le permite să desfăşoare operaţii militare continue şi coerente şi să aplice prezentul Protocol".

Reguli concise, însă importante

În pofida câmpului lor restrâns de aplicaţie, situaţiile vizate fiind caracterizate printr-un nivel de intensitate al înfruntărilor relativ ridicat, regulile pe care le conţine Protocolul 2 sunt totuşi foarte importante pentru protecţia victimelor.

Garanţiile fundamentale ale respectului persoanei au fost subliniate şi completate. Într-adevăr, dispoziţiile referitoare la tratamentul uman reiau, în linii mari, pe acelea ale Protocolului 1: respectul necombatanţilor, nediscriminarea în tratamentul persoanelor, interdicţia de a ordona să nu mai rămână supravieţuitori, de a prejudicia sănătatea, integritatea fizică şi psihică a persoanelor, de a tortura şi a mutila, de a lua ostateci etc.; protecţia specială pentru copii, protecţia pentru a căuta răniţii, bolnavii, naufragiaţii şi morţii.

Demn de menţionat este faptul că Protocolul 2 nu prevede categorii speciale de persoane protejate, cum ar fi prizonierii de război: toate persoanele care nu participă sau care nu mai participă la ostilităţi beneficiază de aceste garanţii.

Ca şi în cazul situaţiilor prevăzute în Protocolul 1, personalul sanitar şi slujitorii bisericilor, unităţile şi mijloacele de transport sanitare, precum şi misiunea medicală ca atare trebuie să fie respectate şi protejate. Protocolul 2 prevede, de asemenea, principiul general al protecţiei populaţiei civile. Cu toate acestea, nu a fost posibilă adoptarea principiului general de protecţie privind bunurile cu caracter civil, aşa cum a fost acceptat de guverne în cadrul Protocolului 1.

Protecţia bunurilor civile este totuşi prevăzută în trei cazuri specifice: bunuri indispensabile supravieţuirii populaţiei civile (în special interdicţia de a folosi înfometarea), opere de artă şi instalaţii conţinând forţe periculoase, bunuri culturale şi lăcaşuri de cult.

Un articol stipulează interzicerea strămutărilor forţate de populaţii, în afara cazurilor în care securitatea persoanelor sau raţiunile militare o cer. Această dispoziţie este importantă şi ar trebui să evite în viitor dezrădăcinările dramatice de populaţii întregi, aşa cum s-a întâmplat în timpul celui de-al Doilea Război Mondial.

În domeniul ajutorării, organizaţiile Crucii Roşii (şi Semilunii Roşii) vor putea să-şi ofere serviciile pentru a-şi îndeplini sarcinile lor tradiţionale; atunci când populaţia civilă suferă privaţiuni excesive prin lipsa aprovizionării cu bunuri esenţiale supravieţuirii, cu consimţământul părţii contractante interesate,

se vor putea întreprinde acțiuni de ajutorare cu caracter exclusiv umanitar și imparțial.

Ca și în cazul primului Protocol, cel de-al II-lea Protocol prevede dispoziții de aplicare pentru statele semnatare. De asemenea, acestea trebuie să se angajeze că vor populariza conținutul Protocoalelor în rândul populației.

În mod sigur, Protocolul 2 nu vizează decât situații de conflicte armate neinternaționale, de anumite intensități și durate, ceea ce îi restrânge sfera de aplicare. Totuși, aceste dispoziții reînnoiesc voința comunității internaționale de a limita suferințele umane cauzate de cele mai îngrozitoare lupte, cu alte cuvinte, a războaielor interne. Acest lucru reprezintă deja un mare pas înainte pentru protecția victimelor.

Adoptarea la 8 iunie 1977 a celor două Protocoale adiționale la Convențiile de la Geneva din anul 1949 a marcat încununarea celor 10 ani de efort pentru C.I.C.R., inițiatorul lucrărilor. Textele adoptate reprezintă un progres real și sunt chemate să aducă mari servicii pentru protecția victimelor din conflictele armate. Timp de 4 ani Conferința diplomatică a reunit delegați plenipotențiari din aproape toate statele lumii – printre care și numeroase țări din Lumea a III-a – care și-au concentrat ideile într-un dialog, uneori dificil, dar întotdeauna constructiv. Această universalitate, la care se adaugă faptul că majoritatea articolelor au fost adoptate prin consens, constituie cea mai bună garanție a respectării în viitor a acestei „carte a umanității". Desigur, eforturile trebuie să aibă ca rezultat obținerea rapidă a unei cât mai largi participări la Protocoale și difuzarea conținutului lor la toate eșaloanele, de la înalții funcționari civili și militari până la omul de rând. Acestui scop i se dedică astăzi C.I.C.R., conștient de misiunea sa de a acționa continuu pentru ameliorarea situației victimelor din conflictele armate, fidel primei sale misiuni și idealului Societății de Cruce Roșie.

BIBLIOGRAFIE

1. Legea Republicii Moldova „Cu privire la pregătirea cetățenilor pentru apărarea Patriei".

2. Regulamentul serviciului interior al Forțelor Armate ale Republicii Moldova.

3. Dumitrescu, Petre. „Probleme de medicină militară". București, 1965.

4. Diaconescu M. „Sănătatea și factorii de mediu specific militar". București, 1974.

5. Petrușca J., Boiu A., Nagherneac P., Tocan Gh. „Probleme de igienă și epidemiologie militară", București, ed. Militară, 1972.

6. Беляков В.Д., Жук Е.Г. «Военная гигиена и эпидемиология», М.: «Медицина», 1988.

7. Комаров Ф.И. «Военно-медицинская подготовка», М.: «Медицина», 1988.

8. Комаров Ф.И., Алексанян И.В. «Основы военной медицины», М.: «Медицина», 1984.

9. Информационный бюллетень «По вопросам военно-медицинской службы иностранных армий и флотов», Ленинград, 1983, № 68.

10. Информационный бюллетень «По вопросам военно-медицинской службы иностранных армий и флотов», Ленинград, 1984, № 70.

11. Чиж И.М. «Организация и тактика медицинской службы», Изд. «Фолиант», 2005.

12. Dumitraș V. „Măsurile de tratament și evacuare la trupe în campanie", Chișinău, 1996.

13. Bory, Francoise. „Geneza și dezvoltarea dreptului internațional umanitar", Geneva, 1982.

14. Mulinen, Frederic de. „Dreptul războiului și forțele armate", București, 1990.

15. Macri M. „Doctrina sprijinului medical în operații", București, 2008.

16. Savataeev N.V. „Toxicologia, radiologia militară și protecția medicală", Leningrad, 1978.

17. Cutenco S.A. „Toxicologia militară, radiobiologia și protecția medicală", Sankt-Petersburg, 2004.

18. Alexandrov V.N., Emelianov V.I. „Substanțe toxice", Moscova, 1990.

19. Sanda Gh. „Istoria medicinei militare românești", București, 1996.

20. Бушкин В.Б., Дедю И.Д. «Основы лечебно-эвакуационных мероприятий в современной войне», Куйбышев, 1993.

21. Зильберберг Л.Б., Лобастов О.С., Цветков В.В., Чмутов В.П. «Потери медицинского состава войск в Великую Отечественную войну», Военно-медицинский журнал, 1990, № 2.

22. Нечаев Э.А. «Опыт медицинского обеспечения советских войск в Афганистане и вопросы дальнейшего развития военной медицины», Военно-медицинский журнал, 1992, № 4, 5.

Com. 953
Întreprinderea de Stat, Firma Editorial-Poligrafică "Tipografia Centrală",
MD-2068, Chişinău, str. Florilor, 1
tel. 49-31-46, 43-03-60